

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

Začlenění dětí s PAS do systému školství

Incorporating of children with PAS into the school system

Vedoucí práce:

PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autorka práce:

Nikol Hemalová

2012

Poděkování

Na tomto místě bych ráda moc poděkovala vedoucímu své bakalářské práce PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové, za pozornost, kterou mé práci věnovala a za cenné rady, které mi při vypracovávání této bakalářské práce poskytovala.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Začleňování dětí s PAS do systému školství vypracovala samostatně, za pomoci odborné literatury uvedené v přiloženém seznamu literatury.

V Praze dne: 25. 4. 2012

Nikol Hemalová

Anotace

Cílem mé bakalářské práce je popsat problematiku poruch autistického spektra, a to od počátku jejího zkoumání až po současnost. V teoretické části bych rozvedla historii této poruchy, od jejího prvního popsání, a lidí, kterým vděčíme za průlom v této oblasti. Ale i různé mýlky, které v souvislosti s touto poruchou vznikaly. Dále její etiologii, v souvislosti s hledáním příčin propuknutí této poruchy. Následně jednotlivé formy, které se v průběhu času specifikovaly. Diagnostiku, která je stále nedokonalá a tím pádem až do současnosti v mnoha případech špatně stanovena. A v neposlední řadě možnosti vzdělávání jedinců s touto poruchou. Výčet škol, kam je možno jedince umístit, aby vůbec měli možnost splnění povinné školní docházky.

V praktické části bych uvedla několik ukázek, jak probíhá toto začleňování v praxi. Komplikace s umísťováním jedinců s touto poruchou do systému školství, různá úskalí, které rodiče jedinců s touto poruchou musí absolvovat, než se jim povede jejich dítě vůbec někam umístit. Také bych ráda upozornila na důležitost proškolení a znalost v této oblasti, pro její další rozvoj.

Klíčová slova: autismus, porucha autistického spektra, příčiny, projevy, diagnostika, možnosti vzdělávání, integrace

Annotation

The main goal of my bachelor work is to describe the main problems of autistic disorders since the begin of it's scientific examination til the present time. In the theoretical part I would like to inform more about the history and mystifications of this disorder and about scientists, responsible for the major breaktrough in this matter. It is also important to reveal the the etilogy in connection with finding the reasons of apperancy of this illness. As I would like to subsequently, various forms, which were over time specified, diagnostics, that are still imperfect, and thus to the present day in many cases poorly determined. Finally, the learning opportunities of individuals with this disorder. It is important to list the schools where you can place an individual so that he has a chance to fulfill the mandatory school attendance.

In the practical part, I would like to demonstrate on few examples of how this integration takes place in practice. Complications with the placement of individuals with this disorder in the educational system, various pitfalls that parents of individuals with this disorder must undergo before they are successful in placing them in a suitable institution. I would also like to draw attention to the importance of training and knowledge in this area for its further development.

Keywords: autism, autistic disorders since, causes, manifestations, diagnosis, leasing opportunities, integration

OBSAH

ÚVOD.....	6
1. PROBLEMATIKA PAS	8
1.1 Vymezení pojmu a její historie.....	8
1.2 Etiologie	12
1.3 Specifické projevy.....	15
1.4 Nespecifické projevy	23
1.5 Formy autismu	27
1.5.1 Dětský autismus	27
1.5.2 Atypický autismus.....	29
1.5.3 Aspergerův syndrom.....	29
1.5.4 Dětská desintegrační porucha	32
1.5.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby	32
1.5.6 Rettův syndrom	32
1.6 Diagnostika PAS.....	34
2. MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ	36
2.1 Možnosti předškolního vzdělávání dětí s autismem	36
2.1.1 Třída pro děti s PAS v mateřské škole.....	37
2.1.2 Skupinová integrace do mateřské školy	38
2.1.3 Individuální integrace do mateřské školy	38
2.2 Možnosti základního vzdělávání pro děti s PAS	39
2.2.1 Školy specializované pro děti s autismem.....	40
2.2.2 Integrace do běžných základních škol.....	42
2.2.3 Základní škola praktická.....	45
2.3 Středoškolské vzdělávání.....	45
3. PŘÍPADOVÉ STUDIE	47
3.1 Jakub- 9 let.....	47
3.2 Jan- 13 let.....	49
3.3 Jiří- 15 let	50
3.4 Štěpán- 13 let	51
ZÁVĚR.....	53
SEZNAM LITERATURY	54

ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala na základě toho, že jsem od základní školy až po ukončení gymnázia svůj čas ve škole trávila po boku své spolužačky, která pravděpodobně touto poruchou trpěla. Je ale jednou z těch, která byla po devadesátých letech chybně diagnostikována. Když jsem po tomto pátrala před započítím psaní této práce, bylo mi řečeno, že má diagnózu LMD, čili dnes ADHD, což je v podstatě hyperaktivita, se kterou jsou poruchy autistického spektra stále mylně zaměňovány. Nicméně mě tato problematika velmi zaujala, a čím více času jsem věnovala pochopení tohoto tématu, tím více jsem se utvrzovala v tom, že se bohužel jednalo o dalšího mylně diagnostikovaného postiženého jedince. I když mi toto ani vzdáleně nepřísluší, po přečtení několika knih o této problematice, bych ji radila spíše mezi jedince s Aspergerovým syndromem nebo alespoň člověka s autistickými rysy.

Toto byl asi první impuls k tomu, se o tuto problematiku více zajímat. Od dokončení gymnázia mě toto téma nepřestávalo fascinovat. Když jsem se rozhodovala nad výběrem tématu, ohledně poruch autistického spektra, musela jsem se zamyslet nad tím, jaké jsou vůbec možnosti pro tyto jedince zapojit se do běžného života. V souvislosti s jejich socializací mě napadlo, se zaměřit na tu část, která se týká jejich vzdělávání. Jelikož jsem o tom neměla žádné povědomí, kromě mé spolužačky, kterou jsem vlastně ani nebrala jako nějak extra jinou, oproti nám. Naopak nás vždy, ale to spíše až na gymnáziu nepřestávala udivovat její neuvěřitelná paměť, která z ní tvořila doslova „chodící encyklopedii“. Tedy především v oblasti, o kterou se nejvíce zajímala. Když jsem si knihy pročítala, zpětně jsem si ji v několika situacích vybavila a o to víc mne nepřestává zarážet, kolik jedinců je vlastně chybně diagnostikováno, a ke kolika je zvolen špatný přístup, intervence, výchovné metody a terapie. A vzhledem k tomu, že je poslední dobou toto téma poměrně diskutováno, ráda bych jeho význam ještě podtrhla a upozornila, na to, že tato problematika je neustále nedotažena. Tedy především co se týče vzdělávání. I když rozhodně díky odborníkům jakými jsou třeba Kateřina Thorová nebo Věra Čadilová, a plno dalším, se dosáhlo v této oblasti velkého rozvoje.

V první kapitole bych se zaměřila na autismus, jako takový. Jeho historie není dlouhá, ale během formování této problematiky proběhlo několik zajímavých zvratů. Bohužel ne moc

pozitivních, jak se budeme moci dále dočíst, ale je zajímavé pozorovat, jak se názory mění a vyvíjí. Dále bych se zaměřila na vznik a možné příčiny a jakých udělala věda pokroků. Jak se různé symptomy dělily a specifikovaly do jednotlivých forem podle závažnosti a intenzity. V neposlední řadě na projevy této poruchy a jen ve stručnosti, jak to probíhá dnes, ohledně diagnostikování této poruchy.

V druhé kapitole se pokusím uvést takový stručný seznam možností, které pro tyto děti ohledně vzdělávání a potažmo jejich dalšího rozvoje existují. A jak se budeme moci dočíst, není jich mnoho, nebo spíše není tak jednoduché je uvést do praxe. Pokusím se popsat, jak to chodí ohledně mateřských škol, čili předškolního vzdělávání, dále jak probíhá, nebo by mělo probíhat základní vzdělávání, a jen letmo nahlédneme na vzdělávání středoškolské. Také bych uvedla pro srovnání pár názorů ohledně integrace do běžných škol.

V poslední, praktické kapitole bych uvedla čtyři případové studie, na kterých budeme moci pozorovat, jak celý proces může probíhat v praxi. A jak může být řešení náročné, zdlouhavé a nejisté. V praktické části jsem využila svých poznatků z praxe. Kde jsem měla možnost jedince pozorovat, nahlédnout do jejich spisů a promluvit si se školní psycholožkou.

1. PROBLEMATIKA PAS

„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“

Jim Sinclair

(In Thorová, 2006, s. 33)

1.1 Vymezení pojmu a její historie

Autismus, dnes označován pojmem poruchy autistického spektra (dále PAS), je jednou z nejzávažnějších vývojových dětských poruch, týkajících se mentálního vývoje. Ta se prolíná prakticky všemi složkami osobnosti jedince, čímž tvoří jeho vývoj od vývoje jedince bez této poruchy značně rozdílným. Jedná se tedy o pervazivní (všepřonikající) poruchu (THOROVÁ, 2006, s. 58).

I když syndrom zřejmě vždy existoval, jako prvního, kdo s tímto pojmem vystoupil, je uváděn švýcarský psychiatr E. Bleuer a to v roce 1911. Tento termín použil u skupiny schizofrenních pacientů, a popisuje ho jako odtažení od reality, pohroužení do svého světa snů a fantazie. Popisoval druh snění. Tím byl pojem spojen se schizofrenií, a tím pádem mylně zařazen do schizofrenních psychóz v raném dětství.

Ovšem jako vrozený syndrom, jak dále píše Kateřina Thorová, naše přední specialista v dané problematice, ho poprvé popsal v roce 1943 americký psychiatr rakouského původu Leo Kanner, který vyzoroval u skupinky dětí podobně nepřiměřené chování, které považoval za symptomy specifické samostatné poruchy, kterou nazval časným dětským autismem. Byl přesvědčen, že autistické děti jsou osamělé, ponořené do svého světa, nezajímající se o svět ani dění kolem sebe, že jsou neschopni přátelství a lásky. To ho vedlo k označení autismus, jelikož řecký původ slova „autos“ znamená „sám“. Své poznatky uveřejnil v článku nesoucím název „Autistická porucha afektivního kontaktu“, ve které vyšel ze zkušenosti zkoumání po dobu pěti let 11 dětí, v John Hopkins University Clinical Service,

kteře vykazovali společné znaky, avšak nesplňovali diagnostická kritéria s žádným do té doby popsaným psychickým onemocněním. Podle Kannerova děti přišli na svět s neschopností navázat citový kontakt. Popisuje je jako extrémně osamělé a uzavřené ve svém vlastním světě. Dále jako lidi, zajímající se více o věci, než o lidské bytosti, nereagující na jméno, vyhýbající se očnímu kontaktu, mající však normální fyzický vzhled a dobrou mechanickou paměť, tím pádem dobrý kognitivní potenciál. Dnes se jím popsaná diagnostika vztahuje pouze na výšeč poruch autistického spektra, a to na tzv. Kannerův dětský autismus (THOROVÁ, 2006, s. 34-37, 52).

S podobným objevem přišel hned roku 1944 vídeňský pediater Hans Asperger, který nezávisle na Kannerovi otiskl článek nazvaný „Autističtí psychopati v dětství“, v němž popisuje syndrom s podobnými projevy. Věnoval se studiu chování čtyř chlapců, kterými se zabýval ve své disertační práci. Vypozoroval potíže se sociálním chováním, bohatě rozvinutou řeč, při tom s ní ale potíže. Dále motorickou neobratnost a specifické (při tom omezené), ulpívavé zájmy (THOROVÁ, 2006, s. 37). „*Ve své disertační práci z roku 1944 popsal čtyři chlapce vymykající se standardnímu profilu jejich vrstevníků z hlediska sociálních, jazykových a kognitivních (myšlenkových) dovedností.*“ (ATTWOOD, 2005, s. 21) Dle Hrdličky (2004) děti trpěly také, stejně jako Kannerovi, těžkou poruchou sociální interakce a komunikace, řeč však byla velmi dobře, někdy i předčasně vyvinuta. Inteligence byla normální, nebo vysoká. Zajímavostí na tom ale je, že také použil pojem autismus, dokonce s podobným vzorcem příznaků, jelikož údajně práci svého kolegy nemohl znát, a to proto, že za druhé světové války spojení mezi vědci nefungovalo (THOROVÁ, 2006, s. 37). Aspergerova práce bohužel ale zapadla, aby se mohla znovu objevit po třiceti letech. Asperger ale nadále podle své diagnostiky léčil děti trpící autistickou psychopatií. Založil i specializované oddělení, kde byly zahájeny první vzdělávací programy, řádovou sestrou Viktorine. Ty se skládaly z řečové terapie, přehrávání a nácviku rolí a z tělesného cvičení. Asperger si nakonec vybudoval status uznávaného dětského lékaře (ATTWOOD, 2005, s. 21).

Nicméně zájmem Hanse Aspergera byli děti s mírnějšími formami této poruchy, zatímco Kanner se zabýval dětmi se spíše silnější formou autismu (ATTWOOD, 2005, s. 21). Odlišnostmi, mezi Aspergerem objeveným syndromem a Kannerovým autismem, jak ve své publikaci Thorová dále uvádí, se zabýval mezinárodní kongres speciální pedagogiky v Amsterdamu, v roce 1949. Autistická psychopatie byla později nahrazena pojmem Aspergerův syndrom, který poprvé v roce 1981 použila britská lékařka a psychiatrička Lorna Wingová, které se v padesátých letech narodila dcera s autismem, což v ní probudilo

profesionální zájem. Významně se zasloužila o rozšíření poznatků o poruchách autistického spektra (THOROVÁ, 2006, s. 37). Upozornila na to, že u některých dětí, projevujících se jako autisté, se ale rozvine řeč, a vyskytne se kontakt s druhými. Tím pádem na jedné straně nesplňují kriteria Kannerem vymezená, na druhé straně ale problém se začleněním do společnosti vrstevníků a s komunikací problém mají (ATTWOOD, 2005, s. 21). Tím pádem, vyplouvají na povrch rozdílnosti. Tou dobou dochází k rozsáhlým diskuzím o tom, zda se jedná o jednu, či dvě nosologické jednotky (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 14).

V devadesátých letech 19. století převládá názor, že Aspergerův syndrom je druh autismu. V současné době je vnímám jako dílčí kategorie v rámci autistického spektra a má svá vlastní diagnostická kritéria. Dokonce odborné informace poukazují na to, že je mnohem rozšířenější, než klasický autismus (ATTWOOD, 2005, s. 21, 22).

Tyto tři postavy jsou pro historii poruch autistického spektra, čily PAS, jak je problematika dnes nazývána asi nejvýznamnější.

Ovšem nemalá výhybka nastala v období psychoanalýzy, tedy po druhé světové válce, které Thorová nazývá černým obdobím, kdy vznikaly mylné názory, že vinu na této poruše nesou matky a jejich chladný způsob výchovy. I Kanner pod vlivem psychoanalýzy mění svůj názor, že jde o vrozenou poruchu, ale začíná zkoumat rodiče, které označuje jako chladné, tvrdé, sobecké.

Dalším kdo kladl tento stav za vinu matkám je Margret Mahlerová, která autismus řadí mezi vývojové psychózy. Dalším takovým byl americký dětský psychiatr Bruno Bettelheim, který tvrdil, že *„všichni rodiče autistických dětí mají společné přání, a to, aby dítě neexistovalo. Podle jeho názorů, přichází dítě na svět aktivní, vysílá signály a přijímá informace z vnějšího světa. Pokud dítě cítí, že s ním okolní svět nekomunikuje, je frustrované a stává se autistickým. K tomuto jevu dochází buď v prvních šesti měsících, pokud je aktivita dítěte blokována celkově, nebo se může objevit mezi šestým a devátým měsícem, kdy se dítě snaží získat vztah k ostatním, což je mu zmařeno. Hostilita a represe aktivit způsobí, že se dítě stáhne do světa fantazie a stává se autistickým.“* (THOROVÁ, 2006, s. 39) Bettelheim prosazoval myšlenku, že by děti měli být rodičům odebrány a vychovávány v terapeutických zařízeních. Toto období se stalo nejčernějším v dějinách psychologie a psychiatrie a vedlo k rozpadu mnoha rodin, mnohé děti byly poslány v rámci terapie do ústavní péče. A výchova, vzdělání a zlepšování stavu dětí se tím pádem odsunulo na druhou kolej.

V šedesátých letech se pohled na tuto problematiku opět mění. V roce 1964 vychází kniha amerického psychologa Bernarda Rimlanda, ve které autismus definuje jako neurobiologickou poruchu organického původu. Teorii o rodičovské vině striktně odmítá a výzkumem prokazuje, že chování rodičů dětí s autismem se neliší od chování rodičů zdravých dětí. Dokonce v knize publikuje první dotazník pro rodiče na toto téma. Rimland sám měl autistického syna (THOROVÁ, 2006, s. 39- 41).

V současném pojetí, jak se můžeme v publikaci od Thorové dočíst, figuruje autismus jako vrozená, neurovývojová porucha, na neurobiologickém základě, v důsledku geneticky podmíněných změn v mozkovém vývoji. Jako různorodý syndrom, který přináší potíže s vnímáním, a zpracováním informací, tudíž s ním spojené možné problémy s chováním, v oblasti emocí a myšlení. Kterým se dá předejít naleznutím správných technik a terapií (THOROVÁ, 2006, s. 51, 52).

Jak uvádí ve své publikaci Čadilová s Žampachovou, povědomost o problematice autismu byla před rokem 1989 v tehdejší Československu na velmi nízké až mizivé úrovni. K širší informovanosti jak pro rodiče dětí s autismem, tak laickou i odbornou veřejnost, přispěla psychiatricka Růžena Nesnídalová, svou knihou Extrémní osamělost, která vyšla v roce 1973. V knize uvádí kazuistiky pacientů, se kterými se během praxe setkala, a dále píše, že při diagnostice se opírala o Kannerova diagnostická kritéria pro časný dětský autismus. Mezi léty 1961- 1973 bylo mezi vyšetřovanými dětmi šest dětí, které tato kritéria splňovala. Rodiče dětí, vyšetřovaných do roku 89 uvádějí, že hlouběji se této problematice, kromě Nesnídalové nikdo nevěnoval.

Po roce 1989 se začíná situace měnit ve prospěch lidí s touto poruchou. Jak píše Čadilová dál. V roce 1990 vzniká Autistik, což je sekce Sdružení na pomoc mentálně postiženým, kde se hlavní představitelkou stala Miroslava Jelínková. V roce 1994 se osamostatnil jako nezávislé občanské sdružení. Zasloužil se o informovanost rodičovské i odborné veřejnosti, kterou kolem sebe sdružoval. Navázal spojení se světovými odborníky a organizoval přednášky a výcviky pro rodiče i odborníky. Na počátku devadesátých let do Čech dorazili seznamovat s problematikou autismu například Erik Schopler a Margaret Lansing z divize TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicap Children).

V roce 1993 vznikla na popud rodičů první oficiálně zřízená třída pro děti s autismem. A to při Pomocné škole na Praze 10. O rok dříve byla již založena také Pomocná škola Roosveltova, v Dejvicích, do které také spadali i děti s diagnózou autismu. Během dalších let

tříd pro děti s autismem přibývalo. Tyto třídy byly vybaveny díky podpoře Nadace Dětský mozek. Díky těmto třídám vznikla potřeba proškolení v praktickém výcviku speciálních pedagogů. Ten se podařilo za podpory Autistiku a Nadace Dětský mozek v roce 1997 uskutečnit v Budapešti.

Počet dětí s diagnózou autismu se na konci devadesátých let výrazně zvýšil. Proto vznikla potřeba organizace, která by rodiče a odborníky sdružovala, byla by aktivní v oblasti vzdělávání a hájila by zájmy lidí s touto poruchou. Tak vznikla v roce 2000 Asociace pomáhající lidem s autismem, čili známá APLA. Kterou založili Kateřina Thorová, Zuzana Žampachová a Martin Polenský. Úkolem a posláním je osvěta a vzdělávání rodičů a odborníků a poskytovat lidem s autismem podporu pro život, aby mohli pracovat a vzdělávat se v běžném prostředí. Postupem času vznikaly regionální organizace (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 20-24).

1.2 Etiologie

„Hilová a Frithová (2003) definují autismus jako vývojové onemocnění charakterizované jak narušením sociální interakce a komunikace, tak repetitivním chováním, a omezenými zájmy.“ (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 17 - 18)

Jak už bylo zmíněno, jedná se o pervazivní vývojovou poruchu, která prostupuje do hloubky všemi aspekty osobnosti. Jde o poruchu dětského mentálního vývoje, která vzniká na neurobiologickém základě a jejíž příčina ale dodnes není zcela přesně známa (THOROVÁ, 2006, s. 58). *„Nebyl nalezen žádný exkluzivní biologický indikátor autismu. Lékaři stále nemohou zjistit poruchu na jednom specifickém místě genomu, tak jako to dokáží například u Downova syndromu, kde nám počet chromozomů poskytuje odpovědi.“* (VERMEULEN, 2006, s. 10)

Thorová píše, že s největší pravděpodobností ale poruchu nezpůsobuje jeden specifický gen, jelikož symptomy, kterými se porucha projevuje, jsou velmi různorodé, tak i tíže postižení, která je variabilní. V sedmdesátých letech z výzkumů vzešlo najevo několik genů, které mají s velkou pravděpodobností vazbu na autismus, jelikož byla prokázána v několika nezávislých studiích. Nejruznější anomálie byly identifikovány téměř na všech chromozomech v souvislosti s touto diagnózou. Prokázal se taky fakt, že významnou roli

hraje dědičnost. To prokazují opakované studie na dvojčatech. Z těchto výzkumů (včetně sourozenců) uvádí Bailey (1996), že vědci uvádějí genetické faktory podílející se na vzniku autismu v 91-93%. Vliv genetiky dále dokazuje, častý výskyt autistického chování u rodičů, nebo širšího příbuzenstva těchto dětí. Obzvláště pak co se týče dětí s Aspergerovým syndromem. Téměř u poloviny případů můžeme najít v příbuzenstvu člověka s výraznými osobnostními rysy, sociálním deficitem, Aspergerovým syndromem, nebo jinou podobnou poruchou osobnosti (THOROVÁ, 2006, s. 49-52). Pokud bereme geny jako predisponující k autismu, musíme mít na paměti, že to jsou geny plnicí u zdravých jedinců nejspíš především velmi důležité funkce a pouze některé jejich varianty, mohou vzácně přispívat k rozvoji autismu. Hledání predisponujících genů je velmi obtížným úkolem, který vyžaduje kvalitativně nové analytické přístupy, oproti identifikaci genů, podmiňujících monogenní choroby (HRDLÍČKA, KOMÁREK, 2005, s. 135 - 136).

V průběhu let se objevovaly různé teorie o možné příčině vzniku syndromu PAS. Jako jednu z těch špatných bych uvedla, koncem devadesátých let vzniklou domněnku, že by příčinou mohlo být očkování, tzv. trojkombinace (zarděnky, příušnice, spalničky), díky kterému dojde k zánětu tenkého a tlustého střeva a toxiny v důsledku zánětu vzniklé se dostanou do krve a poškodí mozek tak, že vznikne autismus. Ta byla ovšem vyvrácena (THOROVÁ, 2006, s. 48).

Tím pádem, nejsme-li dosud schopni popsat autismus přesnými lékařskými termíny, zbývá nám diagnostika chování. Ovšem pochopitelně ne každý, u kterého se projeví určitý autistický rys, je autista. Například stereotypní chování, nebo echolálie, neboli opakování toho co jedinec slyší, patří k normálním jevům ve vývoji řeči (VERMEULEN, 2006, s. 10).

Thorová uvádí, že obrovský rozmach zkoumání nastal v 80. letech, kdy byly potvrzeny organické příčiny autismu, což odstartovalo řadu biologických, biochemických a lékařských výzkumů v oblasti neuroanatomie, neurochemie, neuropsychologie, neuropsychiatrie a genetiky, který nastal díky obecnému obrovskému pokroku ve vědě. Vědecké závěry jsou ale velmi různorodé, stejně jako variabilita projevů tohoto syndromu, které výzkumy značně ztěžují. Podle Bemporada, jak uvádí Thorová, jsou za průkopníky považováni neurobiologové Ornitz a Ritvo. Podle nich problém spočíval v receptční nekonstantnosti. Podle jejich teorie, signály přicházející zvenčí, jsou zpracovávány „hluchým způsobem“, takže si z nich dítě nemůže vytvořit žádnou smysluplnou informaci. Později definují autismus jako poruchu receptční integrace. To má za následek, že dítě nerozumí okolnímu prostředí, není schopno se

učit, neobjeví se ani řeč. Pro pozdější kognitivní vývoj, je podle nich nutné položit základ již v prvních měsících života. Při chybné percepci nemohou být zapuštěny kořeny pro další vývoj. Ornitz je přesvědčený, že základem symptomatologie je vestibulární dysfunkce. De Mayerová (in Thorová) například tvrdí, že je tato dysfunkce pouze součástí celkové poruchy integrace centrální nervové soustavy.

Dále je tu Pribramova teorie (in Thorová), která má též neurofyziologický základ a tvrdí, že poškození mozku je ve frontolimbické korové oblasti. Základem je podle této teorie porucha krátkodobé paměti, a proto autistické děti nemohou navazovat vztahy a plnit kognitivní úkoly. Tvrdí tato teorie. Děti totiž neudrží sluchový signál delší dobu, proto někdy působí jako hluchí, a proto preferují vizuální podněty před sluchovými. Podle Pribrama je hlavním problémem neschopnost kódovat, uchovávat a efektivně zpracovávat sluchové signály (THOROVÁ, 2006, s. 46, 47).

Je zde i možnost role vnějšího prostředí. Některé rizikové faktory zevního prostředí byly skutečně podrobeny spekulacím o možném etiologickém faktoru, pro rozvoj autismu. Především co se týče období těhotenství. Různé infekce, etanol či valproová kyselina. Jiné komplikace během těhotenství a při porodu, mohou rozvoj choroby následovat. U některých autorů se objevují spekulace o tom, že tyto komplikace jsou spíše následkem než příčinou autismu. Z těchto vnějších faktorů byly diskutovány i vlivy stravy. I tento faktor se stejně jako teorie s vakcínou jeví jako téměř vyloučený. Jednoznačně nebyla prokázána kauzální role žádného vnějšího faktoru (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2005, s. 135, 136).

Na přelomu století se příčiny vzniku autismu pojí s vývojovým neurobiologickým modelem. Dle Komárka tato teorie říká, že dochází po uzavření neurální trubice u plodu, z dosud neprokázaných příčin (například teoretického setkání plodu s nějakou teratogenní látkou, nebo chybnou funkcí genů řídících autoorganizaci mozkových struktur), k poškození vyvíjejícího mozku, mezi 24. - 26. embryonálním dnem. Postupný vývoj mozku v prenatálním období, je tak kaskádovitě narušen. Od založení mozkového kmene, přes dysfunkci cerebelárně-limbických funkcí, které jsou potřebné ke kódování přijímaných informací a intuitivnímu, interaktivnímu časnému učení. Komárek dále uvádí, že postižení vývoje kmenových struktur má jednak přímé následky, tak také nepřímé vlivy. Přímé následky jsou při postižení olivárního komplexu, kde jde o dysfunkci auditorní (nedostatečné přijímání hlasitých, nežádoucích zvukových podnětů), a nepřímé vlivy, na dozrávání vývojově mladších struktur, kterými jsou cerebelární a limbické systémy.

Špatně vyvinutý a postnatálně chybně autoorganizovaný mozeček ve spojení s hippokampem, je příčinou pro nedostatečně vyvinutý kortex anteriorní, který pak není dostatečně připravený a vycvičený na převzetí své vedoucí role, která je rozhodovací, řídící, kontrolní a exekutivní, mezi mozkovými systémy. Z toho vyplývá, že „*primární je prenatální chybně založený vývoj mozkového kmene a cerebelárně-limbických funkcí potřebných pro postnatální kódování informací i intuitivní interaktivní časné učení.*“ (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 20)

Z publikace Thorové se utvrzujeme, že nejvíce jsou zvažovány dysfunkce v oblasti mozečku, limbického systému, kůry mozkové, cingula, hippokampu. Příčinami vzniku PAS jsou pak poruchy komunikačních a integračních funkcí v mozku, ne porucha jen jednoho místa v mozku, a genetika, nebo spíše genetická predispozice (THOROVÁ, 2006, s. 52).

Shrnutím zjišťujeme, že mezi příčiny rozhodně nepatří chybné výchovné vedení rodičů, jak se dříve lidé mylně domnívali, ale že jde o neurovývojovou poruchu na neurobiologickém základě, tudíž příčiny jsou buďto poruchy (dysfunkce) mozku nebo genetické faktory.

1.3 Specifické projevy

Vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech, což vyjadřujeme pojmem pervazivní porucha. „*Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.*“ Takto charakterizuje pojem pervazivních poruch Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN- 10, aktualizovaná z 2012, s. 248).

Tato porucha se řadí mezi závažné poruchy dětského mentálního vývoje. Mozkové funkce, které dětem zprostředkovávají komunikaci, sociální interakci, fantazii a kreativitu, jsou u dětí s autismem vrozeně poškozeny, tím pádem, tyto děti nedokážou vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. V důsledku jiného vnímání a prožívání je i chování jiné (ČADILOVÁ, JÚN, THOROVÁ, 2007, s. 12).

Jako první, dle Thorové, vymezila styčné problémové body, klíčové pro diagnózu, v sedmdesátých letech Lorna Wingová, které nazvala triádou poškození. Sem patří potíže v **sociálním chování, komunikaci a představivosti**. Z toho vyplývá, že lidé s touto poruchou

mají problém se socializací, vztahy, sociální interakcí, komunikací, fantazií, kreativitou, představivostí, hrou, souvislostmi, neverbální komunikací a s plno dalším. Aby mohla být stanovena diagnóza, je zapotřebí několik symptomů v oblasti triády. Ty se liší v četnosti a síle projevu, některé mohou dokonce chybět. Někdy může být symptomatika značně rozsáhlá a různorodá. Diagnóza je tedy stanovena na základě chování dítěte. PAS se také může pojit s jakoukoli jinou nemocí, či poruchou (THOROVÁ, 2006, s. 58, 59). „*Autismus je celoživotní často velmi devastující postižení, které závažným způsobem ovlivní každou oblast života postiženého. Postižení v oblasti komunikace podstatně omezuje schopnost pochopit, co se děje a proč, a způsobí, že je pro dotyčného nemožné účinně ovlivňovat události, lidi a prostředí. Obtíže v sociální oblasti znamenají, že sebemenší sociální interakce je spojena s velkými problémy. Neschopnost vyrovnat se se změnami a potřeba vytvořit si pevné stereotypy a neměnné vzorce chování přispívají k tomu, že každodenní život je pro postiženého chaotický, děsivý a znepokojivý.*“ (HOWLIN, 2005, s. 13)

I podle Hrdličky je psychopatologie charakteristická především v oblasti sociálních vztahů, jazyka a řeči, komunikaci, abnormálního chování, hry a zájmů (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 35).

Zaměříme se tedy prvně na problémy ve sféře sociální. Která stejně jako problém s komunikací a představivostí a s problémy těmito příbuzným patří mezi příznaky nebo projevy chceme-li, specifické.

„*Mezi často uváděnými specifickými deficity je neschopnost porozumět a správně reagovat na city a emoce někoho jiného, neschopnost sdílet emoce a zkušenosti a špatná integrace sociálního, emočního a komunikačního chování v rámci interpersonálních kontextů.*“ (HOWLIN, 1997, 2005, s. 71)

Obtíže v sociální sféře jsou pro osoby s PAS typické, nacházíme v ní velmi různorodé a variabilní narušení. Míra poruchy u jednotlivých lidí je odlišná. Při mírnější formě sociálních potíží není život tolik znemožněn, i školní docházka může proběhnout bez větších problémů. Zatímco těžší forma výrazně ovlivní život celé rodiny, působí problémy ve škole a pozdější účast člověka v pracovním procesu znesnadňuje a znemožňuje.

Thorová vymezuje základní specifika narušené sociální oblasti a uvádí základní typy:

Typ osamělý - projevuje velmi malý zájem o společnost druhých lidí, někteří ji ale nesnesou. Čas tráví nejraději o samotě. Může, ale nemusí se vyskytovat sociální úsměv, fyzický kontakt, oční kontakt.

Typ pasivní – kontakt s lidmi pasivně přijímá, ale sociální interakci dále nerozvíjí. Chování je nezralé a naivní. Dítě má většinou rádo fyzický kontakt.

Typ aktivní (zvláštní) – interakce s lidmi je aktivně navozována, ale kontakt je nepřiměřený situaci. Rádi provokují a pošťuchují. Dítě nezná sociální hranice, jeho chování je vnímáno jako nevhodné.

Typ formální (afektovaný) – chybí sociální intuice, chování působí zvláště. Dítě nedokáže přizpůsobit naučené vzorce chování měnícím se okolnostem.

Typ smíšený zvláštní – sociální chování je velmi nesourodé, záleží na prostředí, situaci a osobě, se kterou je kontakt navázán. V chování jsou velké výkyvy (THOROVÁ, 2006, s. 63-76).

Sociální chování, podle Thorové má dále dva extrémní póly. Pól osamělý a extrémní. „*Pól osamělý, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, protestuje, stáhne se do koutku nebo zaleze pod stůl, zakrývá si oči nebo uši, hučí a třepe rukama před obličejem nebo se věnuje manipulaci s nějakým předmětem. Protikladem je pól extrémní, nepřiměřené sociální aktivity, kdy se dítě s poruchou autistického spektra snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, nectí vůbec sociální normu, dotýká se lidí, upřeně jim hledí do obličeje, a hodiny jim dokáže vyprávět o věcech, které je nezajímají, či obtěžují.*“ (THOROVÁ, 2006, s. 63)

Psychopatologie, alespoň jedna, by měla mít zřetelný nástup před dovršením třetího roku života, jak dále uvádí ve své publikaci Hrdlička, na čemž se shodují diagnostické systémy jako MKN- 10 i DSM- IV (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch). Problémy se ale zpravidla objevují mnohem dříve. Hrdlička uvádí, že nástup příznaků může být dvojího druhu. Postupný, plíživý rozvoj autistických deficitů a to již v prvním roce života, což je častější. Druhou možností je autistická regrese, kterou lze definovat, jako závažný vývojový obrat zpět. U dítěte se částečně, nebo úplně ztrácejí již získané vývojové dovednosti, a to především v oblasti řeči, ale i sociálního chování, nonverbální komunikace, hry a někdy i kognitivní dovednosti. Tato regrese naštěstí nastává v menším procentu případů. Objevuje se u dětí, u kterých byl do té doby vývoj zcela normální, nebo u dětí, které už mírné známky

autismu jeví. Hrdlička uvádí, že druhou možnost našli u 25, 8 % pacientů (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 36).

Jedním z dalších významných charakteristických rysů je nezájem o oční kontakt. Oční kontakt děti vyžadují prakticky od narození a během prvních třech měsíců se vyvíjí schopnost ho udržet. U autistických dětí tomu tak není. Buď chybí, nebo se objevuje ve vývoji mnohem později. Thorová uvádí, po třetím roce (THOROVÁ, 2006, s. 87).

Lewis a Wiener (1996, 1997) tvrdí, že autističtí kojenci se vyhýbají očnímu kontaktu, nejeví zájem o lidské tváře ani hlasy, až se někdy jeví jako hluchí. Typickou vazbu k matce nevytvářejí, a strach z odloučení od blízké osoby jeví jen málokdy, to též co se týče strachu z lidí cizích. U starších dětí může dojít k opožděnému vývoji vztahu ke svým nejbližším, což se dá chápat jako určité pochopení důležitosti rodiny. I přesto je viditelně nestandardní. Přizpůsobení chování sociálnímu kontextu vážne. Stejně tak používání sociálních signálů a integrace sociálního, emočního a komunikačního chování (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 37).

S kontextem a zařazováním věcí do něj mají děti s PAS problém. Hlavně pro doslovné chápání. Otázkou autistického myšlení se zabývá spisovatel Peter Vermeulen, který ve své knize, jež nese doslovný název Autistické myšlení, například uvádí, že lidé s autismem trpí neschopností přisuzovat věcem význam. To je problém, který sdílí všechny osoby s autismem, ovšem rozdíl je mezi reakcemi na něj. Uvádí, že nejsou schopni na svět nahlížet koherentně. „*Jedinci s autismem mají problémy interpretovat svět jako jednu sjednocenou jednotku, zakoušejí detaily jako izolované jednotky. Jinými slovy pro stromy nevidí les.*“ (VERMEULEN, 2006, s. 12)

S pojmem centrální koherence, jako s novou psychologickou teorií, přišla v osmdesátých letech Uta Frith, která na autismus nahlíží jako na poruchu myšlení, konkrétně jako nedostatečně rozvinutou schopnost centrální koherence (spojitost, souvislost). Což zapříčiňuje, že lidé s autismem myslí v útržcích, s třízením informací do celků mají potíže, s vyvozováním a zobecňováním informací. V důsledku toho, jim často celkový smysl uniká, pro zaměřování se na nepodstatné detaily (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2005, s. 31).

Například Temple Grandin, biologka, docentka, přednášející na universitě, známá svým lidským přístupem k dobytku na jatkách a trpící autismem, říká, že vše vidí v obrazech, nebo videozáznamech. Když se řekne třeba pes, popisuje, že si nepředstaví obecně psa, ale hlavou

ji proběhne seznam, album psů, se kterými se v životě setkala (DE CLERQ, 2007, s. 31). Popisuje, jak se jí v hlavě různé situace ukládají, a když se pak vyskytne v situaci, kdy neví jak reagovat, hledá ve své hlavě situaci té současné co nejpodobnější (VERMEULEN, 2006, s. 53). Dále říká, že jednoduchým, silným a universálním emocím ještě je schopna porozumět, ale složitější ji dostávají do rozpaků. Nechápe hry (HOWLIN, 2005, s. 72). A proto ji to lidmi často „nebavilo“, dokonce ji až „štvali“. Což se není čemu divit. Tak popisuje neschopnost porozumět emocím.

Mnozí sociálně komunikovat nechtějí, jelikož cítí, že v tom nejsou dobří. Většina dětí ale o kontakt stojí, ale pro nejistotu a neschopnost kontakt přiměřeně navázat, se projevují netečně a otažitě. Deficit v sociálním chování znásobuje problém v komunikaci a nepředvídatelnost dalšího dění (THOROVÁ, 2006, s. 77). Proto vykazují mnohem více zájmu, jak už poukazoval Leo Kanner, o předměty, než o lidi a to proto, že svět předmětů, je daleko více předvídatelný a konkrétní. K porozumění je zapotřebí daleko méně představivosti. Lidé jsou nepředvídatelní, nepochopitelní a tím pádem pro jedince s autismem daleko méně čitelní (VERMEULEN, 2006, s. 37).

Když si představím, jak pro tyto lidi musí náš svět být matoucí a chaotický, je mi jich líto. Pro jejich braní věcí doslovně, nemají šanci, pochopit ironii, spíš by se dalo říct, že ji nemůžou vůbec rozumět. Proč občas říkáme věci, které tak nemyslíme, nebo je myslíme dokonce naopak? Je to matoucí. To též se týče humoru, či metafor. Vtipní být ale rozhodně dovedou a o legraci s nimi nouze být také nemusí. *„Mnoho dětí a dospělých s autismem má rádo grotesky a jednoduché vtipy, zvláště když je neobvyklý zvrat velmi konkrétní a očividný.“* (VERMEULEN, 2006, s. 22)

Co není vidět, je problematické. Což je i sociální chování, kde jde hodně o domýšlení, propojování, plno toho není vyřčeno či jasně viditelné. Ve vztazích a vlastně i jinde jde o kontext, celek, koherenci, ta autistům uniká, pozorují co je viditelné, konkrétní, což vztahy nejsou. Jsou abstraktní, je potřeba představivost. A ta je pro autisty velmi obtížná. Mnohdy až nemožná. Pro nedostatečnou představivost, jim není umožněno přemýšlet na základě kontextu. Přizpůsobování se sociálnímu chování, se děje díky schopnosti vcítění se do kontextu. Pro nedostatečnou představivost něčeho tak abstraktního, doslovně interpretují sociální pravidla, přičemž se někdy stane, že pravidlo aplikují příliš často a dlouho, tím pádem i v situacích do kterých se nehodí. Což se nazývá hypergeneralizace. Hyperselektivitou

zas rozumíme, aplikování pravidla tak zřídka a selektivně, mimo situace, do kterých se hodí. To vše přičítáme slabé koherenci (VERMEULEN, 2006, s. 40, 42).

Není divu, že při tomto deficitu je sociální chování jedinců s PAS často mimo naše očekávání. Z těchto neporozumění vyplívají odchylky v chování. Proto je dobré dítě od malička k socializaci vést a hlavně pojmenovávat dané emoce v konkrétních situacích a učit i osoby s PAS pojmenovávat jejich emoce. Vše přesně definovat, co se má dělat a co ne. Vytvořit přesný „návod“. Straussová a Knotková (2011, s. 79) uvádí, že je dobré dítěti nakreslit správné sociální chování v situaci, kterou prožilo. Vizualizace je nejefektivnější cestou k tomuto účelu.

Co se týče komunikace, jak u dětí nemluvících, tak mluvících funkční komunikace selhává (STRAUSSOVÁ, KNOTKOVÁ, 2011, s. 33). Gillberg (1990) uvádí, že opožděný vývoj řeči bývá první příčinou znepokojení, uváděnou rodiči. Thorová ve své publikaci uvádí, že i u dětí, které si řeč osvojí, je pozorovatelný odchýlný vývoj, a plno abnormalit. Deficity v komunikaci jsou velmi různorodé. Řeč nemusí být nutně vždy poškozena, v komplexním řečovém vývoji ale abnormality nalezneme vždy. Nejméně narušenou řeč z poruch autistického spektra mají lidé s Aspergerovým syndromem. Slovní zásoba je bohatá, průměrná či nadprůměrná, ale potíže se objevují v jejím sociálním a praktickém využívání (THOROVÁ, 2006, s. 98). Howlinová (2005, s. 43) píše, že zhruba u třiceti procent se smysluplná řeč nevytvoří nikdy. Lewis a Weiner (1996, 1997) tvrdí, že se řeč nerozvede do dostatečně použitelné a komunikativní až u poloviny dětí. Lewis dále říká, jak se můžeme dočíst v Hrdličkově publikaci, že u těch, u kterých se použitelná řeč vyvine, může připomínat robota, pro monotónnost, bezpřízvučnost, neemotivnost. Mohou se objevovat echolálie (mechanické opakování toho, co dítě slyší), úryvky z knih, z reklam, narušená větná stavba, málo výstižné vyjadřování (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2005, s. 37). Problémy se objevují v časování, skloňování a přespřílišné formálnosti. Tedy pochopitelně u těch, kteří jsou schopni smysluplně komunikovat (HOWLIN, 2005, s. 43).

Pro neschopnost uchopit celý obraz, koherentně, najít souvislosti mezi vzájemně souvisejícími symboly, a propojovat je do daného kontextu, komunikace neplyne zcela automaticky, interpretace jsou velmi doslovné (VERMEULEN, 2006, s. 62), připomínající opět stroj či počítač, ke kterým bývají autisté často připodobňováni. Thorová píše, že vzhledem k jejich problému s vyjadřováním pocitů již v základu, je pro ně občas nesmírně

obtížné, zvolit správné slovo. Proto často používají slova knižní, hanlivá a příliš expresivní nevhodně (THOROVÁ, 2006, s. 110).

I když je řeč zdánlivě na dobré úrovni, problém s pochopením sociálního kontextu a porozuměním je vždy. Právě pro doslovné interpretace, se může jejich chování jevit někdy jako absurdní. Nerozumí tomu, že věci mohou v jiném kontextu znamenat i něco trochu jiného. To souvisí i s pravidly v životě. Krásným příkladem je například červená na semaforu a Raymond Babbit (z filmu Rain Man), který se zastaví uprostřed přechodu, jelikož pro něj červená platí nekompromisně jako stop. To, že když už je člověk v silnici, a rozsvítí se červená, má rychle doběhnout na jakoukoli stranu, nechápe. Tohle všechno je potřeba lidem s PAS vysvětlit, a připravit je na různé varianty situací.

Proto by rodiče dětí měli pracovat na tom, aby jedinci s PAS věděli, že lidi kolem sebe mohou brát jako spojence, mít pocit bezpečí, a tím pádem potřebu o svých pocitech, přáních, problémech komunikovat. Ukazovat neustále, k čemu komunikace slouží a jak může být prospěšná, například ke sdělení nějakého přání. Tím se předejde mnoha nedorozuměním, co se týče problémového chování například (STRAUSSOVÁ, KNOTKOVÁ, 2011, s. 32- 36). Z neschopnosti dorozumět se, o něco požádat, či na sebe upoutat pozornost, se děti často uchylují k destruktivnímu chování, sebepoškozování a agresivitě (THOROVÁ, 2006, s. 99).

Lidé s PAS zkušenost s komunikací popisují jako poměrně dost stresující. Spojenou s hledáním správných slov, jejich vyslovením, přemýšlením nad různými variantami. Vůbec interakci s lidmi, o kterou často nemají zájem, je jim až nepříjemná, často na zapojování se nemají náladu, když si uvědomí, že se od nich očekává reakce, jsou otrávení. Narušuje to jejich klid.

Neverbální komunikace, což je například oční kontakt, který, jak už bylo zmíněno, je špatný a jsou tendence se mu vyhýbat. U zhruba poloviny dětí, se objevuje pohled „skrz člověka“. Objevuje se neschopnost zkoordinovat oční kontakt s ukazováním nebo sledování směru pohledu jiné osoby. Pohledem a mimikou komunikovat neumí (THOROVÁ, 2006, s. 98, 99). I o tom se zmiňuje Temple Grandinová, která říká, že si tyto pohledy uvědomuje, ví, že s nimi lidé komunikují, ale nikdy je sama používat nebude schopná.

Pro lidi s PAS je velmi obtížné porozumět neverbální komunikaci. Vyčíst z obličeje, gest, postojů co si lidé myslí. Pochopit emocionální signály, které vysíláme (THOROVÁ, 2006, s. 110). Jejich počáteční vybavení pro zacházení se „symboly“, jak můžeme neverbální

komunikaci označit, není stejné jako naše. Symboly jsou abstraktní, tím pádem mimo jejich chápání, pro obrovský problém v oblasti představivosti (VERMEULEN, 2006, s. 62). Mimo toho, že je nejsou schopni odečíst, tak je ani sami nejsou schopni používat. Z výrazu obličeje většinou nejdou pocity vyčíst. Objevuje se několik základních výrazů, ale převažuje výraz neutrální. Úsměv se v sociální interakci neobjevuje. Chybí, nebo je málo zřetelný pohyb hlavy k vyjádření souhlasu či nesouhlasu (THOROVÁ, 2006, s. 99).

Poslední z problémových oblastí je poškozená schopnost představivosti, kde hraje důležitou roli rozvoj nápodoby. Jeden ze základních prvků učení a takřka celého vývoje, je hra, která se u osob s PAS nerozvíjí, jelikož schopnost imitace a symbolického myšlení je narušena. Což má na mentální vývoj dítěte velmi neblahý vliv. U zdravých dětí, se díky představivosti rozvíjí komplexně a slouží k přemýšlení o smýšlení druhých lidí. Z čehož pramení schopnost plánování. V souvislosti s tím, můžeme vysledovat, jak se dítě začne upínat k repetitivním aktivitám, stereotypnímu chování, předvídatelným činnostem, dále můžeme vyzorovat příliš silné myšlenkové zaujetí pro nějaké téma nebo činnosti a ulpívání na nich (THOROVÁ, 2006, s. 117, 118).

Sadock (Sadock a Sadock, 1999) poukazuje na neobvyklý způsob užívání hraček a na stereotypní ulpívání na detailech, nebo nefunkčních aspektech hraček. Pro autistické děti, vydržet například si celé hodiny točit s kolečky od autíčka, není žádný problém. Nedostatek tvořivosti a fantazie je markantní (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 37). Proto když se má dítě bavit samo, selhává. Děti mají oblíbené činnosti, u kterých jsou schopny i dlouho vydržet, ale nejsou schopny tyto činnosti převádět na další formy hry. Některé děti ale z neschopnosti se zabavit bloumají nebo těkají (STRAUSSOVÁ, KNOTKOVÁ, 2011, s. 84, 85). Čadilová s Žampachovou říkají, že u volnočasových aktivit, které jsou úzce spojeny s jejich zájmem, vydrží celé hodiny, pro jejich předvídatelnost a pocit úspěchu. „*Jsou pro ně oázou jistoty v jinak nepředvídatelném světě.*“ (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 155)

Jak už bylo řečeno, hra je nástrojem k rozvíjení sociálních vztahů. Nejde pouze o sociální rozvoj, ale o uvědomění si sebe sama, vlastní identity, uvědomění si jiných hledisek než pouze svého vlastního. Autistickým dětem bohužel v téhle souvislosti uniká rozvoj dovedností, jako je respekt, spolupráce či empatie. Jenže díky deficitu ve všech oblastech potřebných pro rozvoj hry (sociální interakce, komunikace, představivost) není divu, že se děti utíkají k činnostem, které jsou pro ně srozumitelné a při kterých se necítí ztracené a zmatené, ač třeba těší jen je (MOOR, 2010, s. 14, 15). Proto je potřeba hru neustále cvičit ostatně jako všechny

problémové aspekty. Hračkami je dobré dítě nezahltit, jelikož pak odvádí jeho pozornost. Jak píše Straussová s Knotkovou, je dobré hračky rozdělit podle jednotlivého typu. Výběr hračky necháváme na dítěti. Snažíme se učit jednak vyšší sociálně napodobivou hru a druhak řazení autíček, kutálení s míčem a podobně (STRAUSSOVÁ, KNOTKOVÁ, 2011, s. 85- 87).

Thorová ve své publikaci uvádí, že stereotypní zájmy se zpravidla mění. Někdy vydrží měsíc, jindy rok. S postupem času se mohou stávat sofistikovanějšími, ale stereotypní ulpívání a opakující se charakteristika zůstává zachována. Zaujetí je oproti zdravým dětem v mnohem větší míře, stejně tak neodklonitelnost, ulpívavost, stejnosti a četnosti opakování. Přerušování aktivity sebou přináší problémové chování (křik, agresivitu, sebezraňující tendence), anebo pasivní negativismus, při kterém dítě naprosto nespolupracuje. O klasické hračky jeví autistické děti zájem jen pramalý. „*Zájmy a přání dítěte mohou být tak silné, že narušují rodinný život i sociální fungování dítěte či dospělého s PAS.*“ (THOROVÁ, 2006, s. 119, 120). V publikaci od Thorové se dále můžeme dočíst, že mezi nejoblíbenější zájmy dětí s PAS patří například pozorování světla a stínů, hrany předmětů a třpytivé věci. Často je fascinuje tekoucí voda, listování v knihách, padající předměty, třepání klíči, igelitovými sáčky či otvírání a zavírání dveří. Dále je známo, že rády pozorují krouživé pohyby jako například pračku, větrník či větrák. Bývají fascinovány předměty, jako jsou vysavače, okapy, tyčovité předměty, vypínače (THOROVÁ, 2006, s. 123).

1.4 Nespecifické projevy

Jsou tu ale ještě další, variabilní rysy, nespecifické. Jsou to ty zvláštní projevy, které se u lidí s PAS velmi často vyskytují, ale nespádají do diagnostické triády stěžejních oblastí. Thorová uvádí, že některé projevy se vyskytují až u dvou třetin jedinců s touto poruchou. V oblasti vnímání, jsou k nalezení percepční problémy, ty popisují ve svých pracích Ornitz a Ritva na konci šedesátých let dvacátého století. Z jejich prací vyplývá (in Thorová), že zvláštnosti v percepci se týkají všech smyslů. Vnímání je abnormální buď ve smyslu hypersenzitivity či hyposenzitivity a nadměrným vyhledáváním autostimulačních aktivit. Za přecitlivělé jsou považovány reakce úzkostné až panické, chování vyhyčavé, záchvaty vzteku a křiku, silné projevy nelibosti. Ovšem s věkem se může vytrácet. Snižovat ji pomáhají například behaviorální techniky, hyposenzitivitu zas různé pedagogické nácviky. Hypersenzitivita v souvislosti se zrakovými podněty, kterými jsou třeba blesky, prudké

slunce, zářivky, televize, na které dítě reaguje přecitlivěle. Hyposenzitivita na zrakové podněty se projevuje tak, že dítě nereaguje na zrakové podněty pružně, u některých dětí se může objevit tzv. tunelové vidění, kdy dítě vnímá jen podněty, které jsou v jejich zrakovém poli. Tento deficit se projevuje problematickou orientací. Stejně jako neschopnost upoutat oční kontakt, se může objevit ulpívavý pohled, fascinace, projevující se strnulým zíráním.

Stejně tak je to se sluchovými podněty. Některé děti nereagují, až máme pocit, že jejich sluch není v pořádku, jiné reagují přehnaně a nepřiměřeně, formou strachu až bolesti na zvuky, jako jsou motorky, šum moře, na větší hluk, jako je třeba zvuk mixéru, vrtačky, cirkulárky, vysavače, některé děti reagují až panicky. Reakce jsou velmi individuální. Někteří jedinci s PAS nesnáší, když mluví hodně lidí najednou, nebo ostré zvuky jako je štěkot, zvonek, vrzání dveří, vysoké tóny. Před takovými podněty si zakrývají uši, to se může přenést na všechny situace, které vyvolávají paniku. Někdy si uši zakrývají preventivně, i když žádný zvukový podnět nehrozí. Někdy ve snaze vyhnout se hlukům děti hučí, přeríkávají si různé texty, broukají si.

Hypersenzitivita chuťového vnímání, znamená, extrémní vybíravost a odmítání plno druhů potravin. Při hyposenzitivitě dítě nemá zábrany zkonzumovat prakticky cokoli.

Při čichové hypersenzitivitě je to opět přecitlivělost na různé parfémy, desinfekce, osvěžovače vzduchu, aviváže, nebo pot či nějaké jídlo. Nelibost se může projevit problémovým chováním. Při hyposenzitivitě jedinci čich téměř nepoužívají. U této skupinky hrozí prohřešky v hygieně, pro chybějící čichovou kontrolu.

Co se týče hmatového vnímání, hypersenzitivitou může být způsobena nechuť k mazlení, takže to vždy nemusí být odmítáním sociálního kontaktu. Dítě nesnese některé doteky, některé druhy oblečení, jako roláky, rukavice, čepice, předškolní děti se pak někdy svlékají donaha. Někdy je přecitlivělé na špinavé ruce, takže nechce například modelovat, jíst rukama. Někdy nesnese ani žínku, ručník či toaletní papír. Při hyposenzitivitě je dítě neschopné zkoumat předměty hmatem. Autostimulační činnost se projevuje vyhledáváním určitých materiálů, potřeba nutkavého dotýkání, bradou, čelem, někdy se snaží vmáčknout do těsných prostor, vyhledávající tlak, na povrch těla. Masáže mají relaxační dopad.

Narušeno může být i vnímání různých vnitřních pocitů, jako je například teplo a chlad, hlad, žízeň. Jak se můžeme dále dočíst u Thorové. Děti se pak řídí pravidly místo pocity.

Obvykle je vychýlený práh bolestivosti. Kdy děti často necítí skoro nic, nebo jen málo, někdy naopak prudkou reakci vyvolá i sebemenší poranění (THOROVÁ, 2006, s. 130- 138).

Abnormality v motorice se projevují stereotypními a bizarními pohyby. „*Pro okolí jsou nápadné motorické manýrismy- volní stereotypní, opakující se pohyby rukou, prstů nebo i celého těla, které nemají žádný zřejmý účel. Objevují se často v situacích, nepohody, stresu nebo úzkosti a slouží patrně k uvolnění napětí.*“ (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 38) Tyto pohyby se vyskytují často, stěžejní pro diagnózu však nejsou. Jedná se o širokou škálu pohybů, od krátkých, třepavých, kroutivých pohybů rukou i prstů, až po dlouhodobé kmitání prstů před obličejem, kdy je dítě pohybem fascinováno. Thórová uvádí, že pohyby se často objevují při emočním rozrušení, což je ale i radost, provádění oblíbené aktivity, a dále stejně jako Hrlička uvádí úzkost, nervozitu. Kromě uklidňujícího efektu slouží i jako vyplnění volného času (THOROVÁ, 2006, s. 138). Mezi další stereotypní pohyby patří také například točení kolem své osy, kolébání, skákání, běhání do kruhu nebo kromě třepání ještě plácání rukama. Howlinová také uvádí, že spouštěčem je stres, ale také třeba nečekaná změna, pro ostatní sotva zaregistrovatelná nebo nuda či nevhodná stimulace. Stereotypní pohyby s věkem naštěstí ubývají, naštěstí proto, že v dospělosti jsou mnohem více patrné, než v dětství, vyvolávají nežádoucí pozornost a vedou k prohloubení nesnází v sociálních interakcích (HOWLIN, 2005, s. 115, 116).

Dále se často objevuje chůze po špičkách, která se může vyskytovat v dlouhém období, které může často trvat i několik let. Ta může v extrémních případech zdeformovat nohy, že již normální chůze není možná. Proto je nezbytná ortopedická a neurologická péče. Tito lidé si tedy vysloužili častou přezdívku „baletky“. Chůze i běh u některých osob s PAS je tedy na první pohled odlišná. Pohyby nejsou plynulé ale spíše trhavé (THOROVÁ, 2006, s. 141).

Neschopnost sdílet emoce a zážitky je další typický deficit, který jsme již popsali u komunikace. Jedinci s autismem neumí sdílet s jinými lidmi svou radost ani pocity štěstí. Stejně tak s námi nesdílí ani bolest či rozladění (HOWLIN, 2005, s. 81, 82). Thorová uvádí, že emoční labilita je obrovská. Frustrační tolerance čili schopnost snášet nepříjemné podněty je extrémně nízká a vede k výbuchům vzteku, zkratkovitým záchvatům, obvykle spojenými s agresí nebo destrukcí.

Schopnost přizpůsobovat se změnám, je narušena vždy, míra záleží na různých faktorech, jako je intelekt, úroveň komunikace a tak dále. Potíže se objevují například při přerušení nějaké činnosti nebo programu, na který je jedinec zvyklý. Narušení zajetého pořádku. Proto

si vytváří různé rituály, ve kterých je důležitá přesná souslednost. Ty jim dávají pocit bezpečí a jistoty (THOROVÁ, 2006, s. 164). Pro oslabenou flexibilitu, činnosti, které se naučí, vykonávají vždy doslova přesně tak, jak se je naučili. Ve stejném sledu, všechny kroky a detaily. Dokud se daná situace nezmění, je jednání efektivní. Těchto činností mají tendenci se držet, i když se stanou neužitečnými nebo zbytečnými. Jakoby dané události existovaly samy o sobě, bez spojitosti s kontextem, odtržené od významu, bez funkčního a účelného významu, jsou stále vykonávány. Lidé s autismem na těchto rituálech a automatickém chování pro již zmíněný pocit bezpečí a pohodlnosti lpí. Vše ostatní je nepředvídatelné, jelikož se vše neustále mění (VERMEULEN, 2006, s. 92- 95). „*Dominuje obsedantní lpění na neměnnosti života a prostředí pacienta, projevující se dodržováním nefunkčních rituálů a odporem i k sebemenším změnám osobního prostředí.*“ (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 37)

Howlinová říká, že snahy zabránit dětem v jejich rituálech a obsedantním chování je spíše kontraproduktivní a může vést k tomu, že jsou děti úzkostné, rozrušené nebo nervózní, jelikož jde o zabránění často jediné činnosti, která jim dělá radost. Pravděpodobně si vytvoří nové, které mohou být ještě hůře snesitelné. Účinnější je chování postupně modifikovat (HOWLIN, 2005, s. 118, 119).

Dalším spouštěčem potíží jsou změny prostředí, přesunutý nábytek, jiná trasa, změna oblečení, v souvislosti se sezónou nebo i jen nepatrně jiné uspořádání, jako třeba otevřený šuplík, předmět nakřivo. „*Někdy jen malý přesun jediné věci v dětském pokoji nebo nepatrná změna v obvyklém denním programu vyvolává výbuch vzteku.*“ (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 37) Totéž nastává při změně osob, jako je třeba učitel či nový spolužák. Někdy děti nespolupracují, když je od nich vyžadována spolupráce. Požadavky ignorují a zapojují únikové strategie. Autistické děti také, alespoň odmítají učit se cokoli nového. Ale i co se týče adaptability, je to případ od případu, některým dětem změny nevadí, mohou je dokonce vítat.

Objevují se také problémy se sexuálním chováním, které je silně spojeno se sociálním chováním, z čehož vyplývá, že problémy mohou být výrazné. Důležitá je tedy prevence v podobě sexuální výchovy s nácvikem sociálních dovedností. Thorová uvádí, že jedinci s PAS mají problémy s přílišnou masturbací, s rozlišováním mezi intimním a veřejným, s navazováním přiměřeného kontaktu s člověkem, který vzbudil sexuální zájem, s chápáním sociální situace, s vzhledem do situací a rozpoznáním hranic, s výběrem partnerů, se sexuálním zaměřením na předměty, kdy při jejich získávání může dojít k přestupkům, s užíváním výroků spojených se sexem na veřejnosti, s tím, jak sociálně vhodným způsobem dojít k sexuálnímu

uspokojení, a nakonec s dosažením na prostředky, které vedou k sexuálnímu uspokojení (THOROVÁ, 2006, s. 164- 175).

1.5 Formy autismu

1.5.1 Dětský autismus

Z historického hlediska tvoří jádro poruch autistického spektra. Kromě v klíčových oblastech triády, což je v sociální interakci, v komunikaci a představitosti, se mohou objevovat různé dysfunkce projevující se plno odlišnostmi, abnormálním až bizarním chováním. V MKN- 10 je triáda, v níž se psychopatologie vyskytuje, formulována jako reciproční sociální interakce, komunikace a opakující se omezené stereotypní chování. Dále se zde také můžeme dočíst, že se běžně přidružuje škála nespecifických problémů, jak už bylo zmíněno, z kterých jsou zde uváděny fobie, poruchy spánku a jídla, návaly zlosti a agrese mířené často proti sobě (MKN- 10, aktualizovaná z 2012, s. 248). Forma může být jak mírná, s mírnými symptomy, tak těžká s velkým množstvím symptomů závažných. Variabilita symptomů je tedy značná. Může být přidružena jakákoli jiná porucha, to pro diagnostiku ale nehraje roli. Ovšem pouze třetina, maximálně jedna polovina jedinců, kteří mají diagnostikovaný dětský autismus, by splňovala původní Kannerova kritéria, odhadují Wingová a Potter. Diagnostikovat se dá v každém věku (TOROVÁ, 2006, s. 177).

Projevy abnormní mají vždy pervazivní charakter, vývoj dítěte je tedy vždy narušen v několika zásadních oblastech.

Tzv. nízko funkční autismus, což je těžká forma autismu, se obvykle pojí s neschopností slovního vyjadřování, s projevy vysoce stereotypními, s těžkými poruchami chování a s mentální retardací. Vysoce funkční autismus, s nejmírnější variantou poruchy, se projevuje disharmonickým osobnostním vývojem, nerovnoměrným rozvojem psychomotorických dovedností, poruchami řeči, někdy s lehkou mentální retardací, poruchou aktivity a pozornosti a problémovým chováním, které je ale mírnější (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007, s. 18).

Co se týče mentální retardace, tak se v publikaci Hrdličky a Komárka můžeme dočíst, že Weiner, Sadock a Sadock (1997, 1999) uvádějí mentální retardaci jako nejčastější

psychiatrickou komorbiditu, vyskytující se u dětského autismu. Vyskytuje se údajně až u 75 % případů, při čemž 45 % spadá do pásma těžké retardace. Sám Hrdlička uvádí nález mentální retardace u jeho případů v 79, 7 %. Nejčastější neurologickou komorbiditou je epilepsie, kdy je výskyt rozhodně vyšší, než u běžné dětské a adolescentní populace (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 38, 39).

Specifické rysy, byly už převážně naznačeny v kapitole o projevech. Ve sféře narušené sociální interakce se jedná o nepřiměřené vyhodnocování sociálně- emočních situací, odpověď na emoce jiných lidí je nepatřičná a nedostatečná, stejně tak přizpůsobení sociálnímu kontextu, sociální normě, schopnost používat sociální signály je omezená. Neschopnost vyjadřovat sociálně emoční blízkost, slabá integrace sociálního, komunikačního a emočního chování.

Co se týče narušení komunikace, objevuje se nedostatečné sociální užívání řeči, narušená hra, nedostatečná reciprocita a synchronizace v konverzaci, špatná přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování, nedostatek tvořivosti a fantazie, narušená kadence komunikace a správného důrazu v řeči, který moduluje komunikaci, nedostatečná gestikulace.

V oblasti omezených, opakujících se a stereotypních způsobů v chování, zájmech a aktivitě, se objevuje rigidita a rutinní chování, přichylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické, lpění na rutině a vykonávání speciálních rituálů, stereotypní zájmy a pohybové stereotypy, zájem o nefunkční prvky, odpor ke změnám.

Mezi nespecifické rysy patří: strach a fobie, poruchy spánku a příjmu potravy, záchvaty vzteku a agrese, sebezraňování, což umocňuje těžká mentální retardace. Dále většinou absence spontaneity, iniciativy a tvořivosti, co se týče volného času, potíže s vytvořením myšlenkové osnovy při rozhodování (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007, s. 19).

Lidé s autismem a mentální retardací potřebují doživotní asistenci, celková míra samostatného života závisí na míře adaptability. Na prognózu mají vliv vrozené dispozice, raná péče a kvalita vzdělávacího programu, při čemž největší potíže mají děti, které se buď umístit nepodařilo, nebo rodiče zařazení do školy odmítly (THOROVÁ, 2006, s. 181, 182).

1.5.2 Atypický autismus

Tato diagnóza je použita tehdy, jestliže porucha kritéria pro dětský autismus nesplňuje zcela, a to buď opožděným nástupem, nebo nenaplněním všech třech okruhů diagnostických kritérií (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 48). Stejně jako u dětského autismu se jedná o pervazivní poruchu, která tvoří součást autistického spektra, lidé s touto diagnózou ovšem splňují diagnostická kritéria pro dětský autismus jen částečně, jak už bylo zmíněno. Dá se říci, že atypický autismus, je zastřešujícím pojmem, pro ty jedince, pro které bychom použili diagnostický výrok autistické sklony či rysy. Sociální dovednosti nejsou tolik narušeny, nicméně najdeme řadu emocionálních a sociálních symptomů, jež mají lidé s autismem (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007, s. 21). Kategorie atypického autismu nemá zatím stanoveny hranice, a ještě nebyl přesně definován klinický obraz.

Je diagnostikován, pokud jsou první symptomy zaznamenány až po třetím roce života, pokud tíže a frekvence symptomů zcela nenaplnuje diagnostická kritéria, pokud není zcela naplněna diagnostická triáda (jedna z oblastí nemusí být narušena) a pokud je přidružena těžká a hluboká mentální retardace (THOROVÁ, 2006, s. 182, 183). V MKN- 10 uvádí, že nemusí být naplněny dokonce dvě ze tří oblastí psychopatologie, potřebné pro diagnózu autismu (MKN- 10, aktualizovaná z 2012, s. 248).

1.5.3 Aspergerův syndrom

Tento termín v praxi poprvé použila, jak už bylo zmíněno, v roce 1981 britská lékařka a psychiatrička Lorna Wingová, která tento termín použila namísto tehdejšího označení autistická psychopatie, jak byl syndrom původně pojmenován samotným Hansem Aspergerem. Z okruhu poruch autistického spektra se jedná rozhodně o nejdiskutovanější jednotku, u které se jen obtížně hledá ohraničení proti vysoce funkčnímu autismu. Jak se můžeme dočíst v Hrdličkově a Komárkově publikaci, někteří autoři zastávají názor, že se jedná pouze o méně závažnou formu autismu, a že dělení na dvě diagnózy je umělé (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2004, s. 49). Toto tvrdit, je podle Kateřiny Thorové, jedné z našich největších odbornic přes PAS, značně zjednodušené. Spory, zda je syndrom samostatnou jednotkou či jen částí autistického kontinua, stále pokračují. Nicméně, v

současné době je považován za samostatnou nosologickou jednotku (THOROVÁ, 2006, s. 185).

Hans Asperger ve své disertační práci v roce 1944 popisuje čtyři chlapce, kteří se vymykají z hlediska sociálního, jazykového a kognitivního, standardnímu profilu svých vrstevníků. Stav, který označil autistickou psychopatií, považoval za druh poruchy osobnosti. Stejně jako Leo Kanner, si i Hans Asperger všímal specifických zálib, neúměrně nízké intenzity sociálních interakcí a problémů při komunikaci, ovšem Aspergerovi případy byly mírnější. Lorna Wingová vymezila základní klinické příznaky, kterými jsou: nedostatek empatie, jednoduchá, nepřiléhavá a jednostranná interakce, omezená, případně neexistující schopnost navazovat a udržet si přátelství, pedantsky přesná a jednotvárná řeč, nedostatečná neverbální komunikace, hluboký zájem o specifický jev nebo předměty, nemotornost a nepřírozené pozice (ATTWOOD, 2005, s. 20, 21).

Aspergerův syndrom mi asi jako plno dalším lidem připadá nejzajímavější, z poruch autistického spektra, proto bych se u něj ráda pozastavila o něco déle, než u ostatních. Tito lidé mají problémy s navazováním vztahů, mimoslovní komunikaci chápou jen obtížně, mimika i gestika bývají omezené, na změny reagují většinou negativně, nemusí tomu tak být ale pokaždé, lpí na rituálech a zájmy bývají nestandardní. Velmi zvláštní je logika a způsob jejich uvažování, což je řadí mezi lidi podivné, někdo by řekl retardované nebo naopak geniální (ČADILOVÁ, JÚN, THOROVÁ, 2005, s. 21, 22). Sám Asperger v jedné ze svých prací prohlašuje, že tito lidé mohou dosáhnout vysokých postavení a mít mimořádné výsledky, že se můžeme skoro až domnívat, že jen oni jsou těchto výsledků schopni. Jakoby měli nějakou kompenzační schopnost, která vyvažuje jejich nedostatky. Nesmlouvavou odhodlanost, pronikavou intelektuální sílu, přímočarost, která může být nesmírně cenná a může vést k vynikajícím výsledkům v oblasti, kterou si zvolí (HOWLIN, 2005, s. 26).

Co se týče vývoje řeči, ten opožděný být může, ale nemusí, každopádně v pěti letech děti s Aspergerovým syndromem mluví plynule. Výslovnost a slovní zásoba jsou dobré, vývoj řeči je však poněkud zvláštní a nápadný. Objevují se odchylky ve využívání jazyka v sociálních souvislostech, významových a prozodických (neobvyklý tón hlasu, přízvuk či rytmus) aspektech (ATTWOOD, 2005, s. 67). „*Od normálního vývoje řeči se děti s Aspergerovým syndromem odlišují nápadně mechanickou, šroubovitou a formální řečí kopírující výrazy dospělých.*“ (THOROVÁ, 2006, s. 186) Povídání většinou neodpovídá sociálnímu kontextu. Hovor často začnou nějakým odkazem, jen tak k někomu přistoupí, položí mu nějaký dotaz a

bez čekání na odpověď začnou vést svůj „výklad“. Znalosti jsou přímo encyklopedické, o dané problematice vědí většinou téměř vše. Monolog je těžko zastavitelný. Vše skončí až ve chvíli, kdy dítě řekne vše co má naučené (ATTWOOD, 2005, s. 68). Thorová uvádí, že mluví z paměti, často recitují básničky, úryvky z pohádek, dlouhé statě knih (THOROVÁ, 2006, s. 186). S odpovědí váhají, když si nejsou jisti. Říci nevím je pro ně potupné a cítí se pak jako podřadní tvorové. Mají tendence k různým poznámkám a prohlášením, ve chvílích, kdy je hovor úplně o něčem jiném. Příčiny těchto tendencí bohužel nebyly dosud objasněny.

Jedinci s Aspergerovým syndromem si také neuvědomují skrytý a implicitní význam, čímž se vysvětlují jejich doslovné interpretace toho, co druzí říkají. Děti jsou pak z různých výroků typu: „Máš tatínkovy oči“ nebo „uvař mi hrnec čaje“ zmateni. Časté je dbání o slovní projev, které v průběhu dospívání získává pedantskou, přehnaně formální podobu, což může vést k častým nedorozuměním, jelikož vyhodnocování informací je rozdílné. Při rozhovoru s dítětem s Aspergerovým syndromem můžeme mít nezřídka pocit, že mluvíme s dospělým jedincem, pro jejich volbu slovních spojení a obrátů, jelikož na jejich vývoj mají dospělí větší vliv než vrstevníci (ATTWOOD, 2005, s. 69- 80).

Se zapojováním do kolektivu vrstevníků je velký problém. Vůbec sociální a společenské chování je pro ně obtížné. Neverbální signály také nejsou jejich silnou stránkou, někteří se v nich nedokáží orientovat vůbec. Co se týče hry, dávají přednost samostatné (THOROVÁ, 2006, s. 186- 188). Bývají trochu sebestřední, buď hru pozorují, nebo mají silné tendence všechno řídit a usměrňovat, říkat druhým co mají a nemají dělat. Mají rády naprostou kontrolu nad děním, což není reálné, proto se někdy nezapojují, i když dostatečné schopnosti pro zapojení do hry mají (ATTWOOD, 2005, s. 35).

Bohužel působí často egocentricky, jelikož jim chybí empatie, proto obtížně chápou potřeby druhých lidí a obtížně sdělují své pocity. Velmi snadno pak podlehnou stresu, sebepodhodnocování a odsuzování sebe sama. Z čehož propadají nekontrolovatelným návalům vzteku a náladovosti, jelikož jejich schopnost ovládat vlastní chování je snížena. Často se tedy setkáváme s problémovým chováním (THOROVÁ, 2006, s. 188). Nezřídka trpívají úzkostmi a depresemi (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007, s. 22).

1.5.4 Dětská desintegrační porucha

Syndrom byl poprvé popsán speciálním pedagogem z Vídně Theodorem Hellerem, a to v roce 1908 (ČADILOVÁ, JŮN, THOROVÁ, 2007, s. 24). Dříve byla porucha známa jako infantilní demence, Hellerův syndrom či desintegrační psychóza. Jedná se o poruchu vzácnou. Do roku 1999 bylo popsáno pouze 126 případů (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2005, s. 54). Heller se zabýval případy šesti dětí, které se vyvíjeli normálně a uspokojivě, až mezi třetím a čtvrtým rokem, jak popisuje Heller, se objevil významný regres spojený s těžkou mentální retardací. Syndrom se projevuje silnou emoční labilitou, záchvaty vzteku, potížemi se spánkem, agresivitou, úzkostí, hyperaktivitou, dyskoordinací komplexních pohybů, neobratnou zvláštní chůzí a abnormními reakcemi na sluchové podněty. Regres nastává bez známé příčiny, nejčastěji, jak už bylo řečeno mezi třetím a čtvrtým rokem. Tato rychlá progresivní ztráta může být náhlá, nebo může trvat i několik měsíců. Toto je vystřídáno obdobím stagnace. Dítě se zhorší v komunikačních i sociálních dovednostech, nastupuje chování typické pro autismus. Normy už nikdy není dosaženo, i když může dojít k velkému zlepšení. Podle Kurity a Volkmar, má desintegrační porucha horší vliv na vývoj dítěte a další prognózu dítěte, oproti jiným typům poruch autistického spektra. Z hlediska adaptability se jedná o nízko funkční autismus, připojuje se těžší typ mentální retardace a sociální odtaziťost je veliká. Zhruba u 74 % se vyskytuje epilepsie (THOROVÁ, 2006, s. 194- 196).

1.5.5 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Jedná se o poruchu sdružující hyperaktivní syndrom s mentální retardací s IQ nižším než 50 a se stereotypními pohyby, nebo sebepoškozováním (HRDLIČKA, KOMÁREK, 2005, s. 55). V MKN- 10 je ale uváděna jako špatně definovatelná a s nejistou nosologickou validitou, s těžkou mentální retardací s IQ pod 34, jejíž hlavním problémem je hyperaktivita s poruchami chování a to i ve stereotypním chování (MKN- 10, aktualizovaná 2012, s. 249).

1.5.6 Rettův syndrom

Tento syndrom popsal poprvé rakouský dětský neurolog Andreas Rett, v roce 1966. Rett popsal 21 dívek a žen, s identickými symptomy, kterých si všiml ve své klinické praxi. Do povědomí se dostává v roce 1983, a až roku 1992 je zařazen do oficiálního diagnostického

systemu Mezinárodní klasifikace nemocí. V roce 1999 objevil Huda Zoghbi gen, který je situovaný na raménku chromozomu X a který je dle dosavadních výzkumů odpovědný za 77-80 % případů vzniku tohoto syndromu. Mutace genu má zhruba 200 podob. Diagnostikován je tedy na základě genetického laboratorního vyšetření.

V klasické formě postihuje pouze dívky. U chlapců způsobí stejná mutace genu natolik těžkou encefalopatií, že plod nebo novorozenec nepřežije. Nicméně několik ojedinělých případů netypických variant Rettova syndromu bylo u chlapců referováno (THOROVÁ, 2006, s. 211, 212).

Dle MKN obvykle nemoc propuká mezi 7- 24 měsícem věku dítěte. Kdy do této doby vývoj probíhal normálně. Začíná se objevovat částečná nebo pozvolná ztráta řeči, porucha obratnosti při chůzi a používání rukou. Současně se zastavuje růst hlavy. Ruce se přestávají pohybovat účelně, ale stereotypně kroutivě. Sociální vývoj a vývoj hraní je zastaven, ale je tendence udržovat sociální zájem. Od čtyř let se začíná objevovat ataxie trupu a apraxie. Mentální retardace nastává téměř vždy (MKN- 10, aktualizovaná z 2012, s. 248). Thorová ho popisuje jako syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, který má pervazivní dopad na funkce somatické, motorické a psychické. Francouzští, portugalské a švédské odborníci v roce 1983 za stěžejní symptomy označili ztrátu kognitivních schopností, již zmíněnou ataxii a ztrátu účelných schopností rukou. Vysoký je výskyt epilepsie v souvislosti s tímto syndromem, a to až u 80 % případů. Začátek epileptických záchvatů je u dívek s Rettovým syndromem průměrně ve čtyřech letech.

Dívky s Rettovým syndromem bývají společenské. Vítají společnost jak dospělých, tak dětí. Mají rády pochvaly, ale opak nesou negativisticky. Oční kontakt i sociální úsměv zvládají. Společnost a pozornost vyloženě vyžadují, stojí o konverzaci a komunikaci. Fyzický kontakt mají rády. Možnosti komunikace jsou velmi omezené, ale rozumí. Velmi důležité je proto naučit je dát najevo souhlas a nesouhlas. Většina dívek nemluví. Schopnost se dorozumět je velmi snižena, kvůli vysoké závažnosti postižení (THOROVÁ, 2006, s. 217-219).

1.6 Diagnostika PAS

Podle Thorové, existuje něco jako ideální diagnostický model, kde je první fází podezření, kdy jsou rodiče znepokojeni vývojem dítěte. První na koho se obrátí, bývá pediatr, který jim dá dotazník autistického chování u batolat, nebo leták APLA. Pokud vše nasvědčuje tomu, že jde o autismus, pošle dítě na specializované pracoviště. Následuje fáze diagnostická, která je poměrně obtížná. Vyžaduje velmi dobrou znalost vývojové psychologie, psychopatologie a klinickou zkušenost. Diagnostikují psychologové nebo psychiatři, ale i speciální pedagogové. Nejlepší je týmová spolupráce. Dále se absolvují další vyšetření, jako genetika, neurologie, vyšetření zraku a sluchu. A poslední fází je postdiagnostická, kdy si rodiče čtou o dané problematice v doporučené literatuře, kontaktují rodiče za svépomocných skupin, hledají možnosti následné péče.

Jelikož neexistuje zkouška biologického charakteru, která by prokázala autismus, diagnostika probíhá mapováním a výzkumem chování, tzv. screening. Je důležité, aby co nejširší počet odborníků, jako jsou pediatři, psychologové, psychiatři, učitelé, neurologové, logopedi, pracovníci pedagogicko-psychologických poraden a speciálněpedagogických center, byli schopni vyslovit alespoň podezření na PAS, aby byl zachycen co největší počet dětí v co nejranějším věku. V České republice, se v současnosti používá nejčastěji semistrukturovaná škála CARS. Stěžejní diagnostickou metodou je objektivní pozorování a standardní systematické vyšetření. Je dobré vyplňovat v rodinách nebo ve školách, jelikož chování je v různých prostředích jiné.

Více bych se zaměřila pouze na CARS- Childhood Autism Rating Scale, což znamená Škála dětského autistického chování (Schopler, Reichler, 1988). Tato posuzovací stupnice byla vypracována týmem odborníků v rámci programu TEACCH na univerzitě v Severní Karolíně. Dotazník má celkem 15 položek, které se hodnotí od 1 do 4, podle intenzity a frekvence abnormních projevů v určité oblasti. Jedná se o zhruba hodinovou záležitost. Poskytuje rychlé rozlišení, zda se o PAS jedná či nikoli a použití je poměrně jednoduché. Výsledek i orientačně určuje stupeň závažnosti. Při počtu bodů nad 30 se jedná o autismus, při počtu bodů 30- 36 se jedná o lehkou až středně těžkou symptomatiku, a o těžkou, pokud je bodů nad 36. CARS ale není metodou pro diagnózu, nýbrž pro screening. Thorová uvádí, že by se mělo projít školením, před jejím používáním, jelikož bez předchozí klinické a diagnostické zkušenosti s dětmi s PAS, dochází ke zkreslení výsledků.

Dotazník hodnotí: 1. Vztah k lidem, 2. Imitaci, 3. Emocionální reakci, 4. Motoriku, 5. Užívání předmětů a hru, 6. Adaptaci na změnu, 7. Zrakové reakce, 8. Sluchové reakce, 9. Čichové, chuťové, hmatové reakce, 10. Strach a nervozitu, 11. Verbální komunikaci, 12. Neverbální komunikaci, 13. Úroveň aktivity, 14. Úroveň intelektových funkcí, 15. Celkový dojem. Následuje psychologické vyšetření.

Bohužel často dochází k záměnám v diagnóze. PAS bývá nejčastěji chybně diagnostikován jako ADHD. Nejčastěji se diagnóza provádí v APLE, dále pak v SPC pro děti s PAS v Chotouňské (THOROVÁ, 2006, s. 263- 272).

2. MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ

2.1 Možnosti předškolního vzdělávání dětí s autismem

Co se týče předškolních zařízení, jde o to, navázat na včasnou intervenci (ve které jde hlavně o nácvik a rozvoj dovedností v oblasti komunikace, sociálních dovedností a strukturovaného učení) a o její další rozvíjení a rozšiřování. „*Úkolem institucionálního předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a v úzké vazbě na ni pomáhat zajistit dítěti prostředí s dostatkem mnohostranných a přiměřených podnětů, k jeho aktivnímu rozvoji a učení. Předškolní vzdělávání má smysluplně obohacovat denní program dítěte v průběhu jeho předškolních let, poskytovat odbornou péči a usnadňovat dítěti jeho životní i vzdělávací cestu.*“ (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 215) Mělo by tedy rozvíjet osobnost dítěte, jeho tělesný vývoj a zdraví, ale i osobní spokojenost, pohodu a v neposlední řadě pomáhat s pochopením okolního světa, vzbuzovat motivaci k dalšímu poznávání a učení, a hlavně ho učit žít ve společnosti ostatních. Mělo by vytvářet dobré předpoklady pro pokračování ve vzdělávání, přes maximální podporu individuálních rozvojových možností dítěte.

Do předškolního vzdělávacího programu, jak se dále můžeme v publikaci u Čadilové a Žampachové dočíst, jsou řazeny děti s PAS jak s vývojem výrazně opožděným a se symptomy autismu projevujícími se v plné míře, tak děti s intelektem v normě a symptomy mírnými. Mohou být zařazeny buď do mateřské školy pro děti se zdravotním postižením, nebo do mateřské školy běžného typu. Děti s PAS je možno vzdělávat různou formou podle Vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (§ 3). A to buďto formou integrace individuální nebo skupinové, v běžných mateřských školách a v mateřských školách zřízených pro žáky se zdravotním postižením, nebo kombinací těchto zmíněných forem (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 215, 216). V této vyhlášce proběhla novela, která má číslo 147/2011 Sb.

Podle Thorové je program pro dítě s PAS tak náročný, že i ve speciální mateřské škole je potřeba k dítěti asistent. Při mírné formě autismu či Aspergerově syndromu se obvykle integruje do běžné mateřské školy. Aby byla péče efektivní a nesnižovala se a integrace byla tím pádem úspěšná, je zapotřebí dostatečné personální posílení mateřské školky. Za ideální cestu, je považována ta, že když rodiče zjistí, že jejich dítě má tuto diagnózu, zkontaktují ředitele vyhlédnuté mateřské školy. Tam předají informace získané od poradenského

pracovníka, se kterým se ředitel zkontaktuje a společně vytvoří další plán a finanční dotace. Poradenský pracovník sepíše pokyn k integraci a mateřská škola požádá na krajském úřadě o navýšení financí na asistenta, kterého po výběrovém řízení přijme. Dále je potřeba absolvovat odborné školení o problematice výchovy a vzdělávání dětí s autismem. Poradenský pracovník dále dochází do mateřské školy, pro dítě vypracuje individuální vzdělávací program, s jehož zavedením učitelům pomáhá a řeší specifické problémy.

Bohužel ale běžnější je zcela jiný a naprosto nevhodný postup. Hodně mateřských škol děti s handicapem rovnou odmítnou, anebo ho odmítnou po diagnostickém pobytu. Proto hodně dětí vystřídá několik MŠ, nebo nenavštěvují žádné zařízení, jelikož se je nepodaří umístit. Některé MŠ dokonce nesouhlasí s působením asistenta (THOROVÁ, 2006, s. 361, 362).

Dalším negativem je, že v současné době, je v České republice specializovaných tříd pro děti s PAS v mateřských školách málo, což znamená, že v žádném případě požadavky na umístění dětí nemohou být pokryty (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 217).

2.1.1 Třída pro děti s PAS v mateřské škole

Tyto třídy jsou zřizovány při běžných či speciálních mateřských školách. Počet dětí by měl být v rozsahu čtyř až šesti dětí. Rozhodně by měli být ve třídě tak dva až tři pedagogičtí pracovníci. Do těchto tříd jsou zařazovány děti většinou se středně těžkou až těžkou symptomatikou a psychomotorickým vývojem nerovnoměrným a opožděným. Pokud je dítě zařazeno do specializované třídy s dobře nastavenou intervencí, může si poměrně rychle vytvořit základní pracovní chování, učí se respektovat autoritu učitele, reflektuje své vrstevníky, učí se přiměřenému chování, zapojování se do řízené činnosti a kooperacím. Důležité je nastavit funkční motivační systém a dále ho rozvíjet, pro celkový rozvoj dítěte a jeho fungování, dále funkční komunikace.

Důležité je prostorové uspořádání, které by mělo připomínat domácí, ale současně by mělo dávat vizuální podněty pro dobrou orientaci. Dětem zvyšuje samostatnost a nezávislost. Strukturovaný prostor umožní dětem si dané místo spojit s danou činností. Jednotlivé prostory musí odpovídat jednotlivým potřebám každého jedince. Jde o to, aby prostředí bylo jasně předvídatelné. S dětmi by pedagogové měli pracovat individuálně i kolektivně a klást důraz na důslednost všech aktivit.

Strukturu prostoru dotváří prostorová vizualizace, která výrazně přispívá k samostatnosti a nezávislosti dítěte. Jelikož orientace v prostoru a chápání verbálních instrukcí jde ruku v ruce (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 215- 245).

2.1.2 Skupinová integrace do mateřské školy

K té se podle Čadilové a Žampachové přistupuje v tom případě, je-li v mateřské škole speciální třída a to nejčastěji pro děti s poruchami řeči a další podmínkou je návštěvnost více dětí s PAS. Intervence u dětí s PAS a těžkými řečovými vadami je totiž podobná. Ovšem symptomatika PAS by měla být mírnější, opoždění intelektových schopností by nemělo být příliš výrazné a nemělo by být přítomno závažného problémového chování. Kromě učitelky je podle závažnosti handicapu dětí s PAS zřízena funkce asistenta.

2.1.3 Individuální integrace do mateřské školy

Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb. novelizovaná pod číslem 147/2011 Sb. může být dítě s PAS individuálně integrováno do běžné mateřské školy.

K individuální integraci se přistupuje za okolností, že dítě nemá žádný výrazný mentální handicap a problémy v chování jsou zvládnutelné běžnými postupy. Dále pak pokud v dosahu bydliště nemají možnost speciální třídy ani speciální mateřské školy, která by dítěti zajistila speciálně pedagogický přístup. Integrace musí probíhat v souladu s aktuálně platnou legislativou. V tomto případě jde o zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Dále o vyhlášku č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání a dále ještě o již zmíněnou vyhlášku č. 73/2005 Sb., novelizovaná 147/2011 Sb., která pojednává o vzdělání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Pak je také možné dítě integrovat do mateřské školy pro žáky se zdravotním postižením, do kterých mohou být zařazeny děti s PAS jak s běžným intelektem, tak i s těžším mentálním opožděním.

Individuální integrace bývá pro děti s PAS náročná, vzhledem k běžnému prostoru třídy, ve kterém se pohybuje a k vrstevníkům, kteří jsou sociálně a komunikačně zdatní. Proto je potřeba najít kompenzační mechanismy, které zprostředkují dítěti klidné relaxační prostředí, a přitom se bude učit novým dovednostem, které bude moct dále rozvíjet. K tomu může dobře posloužit jedna prázdná místnost, kde může pedagog pracovat s dítětem o samotě a mezi

ostatní děti chodit jen na činnosti, které ho baví. Čas trávený v této místnosti se bude postupem času zkracovat, až tuto místnost nebude dítě muset používat vůbec. Dále je dobré vytvořit vizualizovaný denní režim. Vždy však záleží na konkrétním jedinci a jeho schopnosti integrovat se.

V případě těžší míry symptomatiky PAS a výrazného opoždění a případného problémového chování, se zapojí asistent. Školský zákon v § 16, odstavec 9, který umožňuje ředitelům se souhlasem krajského úřadu zřídit funkci asistenta (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 245- 250).

2.2 Možnosti základního vzdělávání pro děti s PAS

O tom, zda děti s postižením by měli být vzdělávány na základních školách se svými vrstevníky nebo na školách speciálních, se táhnou diskuse desítky let. Rozhodně je nejdůležitější si uvědomit, že v této oblasti je to naprosto individuální. O individualitu jedince, o jeho schopnosti a potřeby a o hloubku a charakter jeho postižení, jde více než o cokoli jiného (HOWLIN, 1997, 2005, s. 143). Systém vzdělávání žáků s autismem, je ovlivňován faktory, jako jsou diagnóza, míra deficitů z ní vyplývajících, míra symptomatiky, mentální postižení, nerovnoměrný vývoj, problémové chování a další přidružené faktory (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 280). Stejně tak i Vocilka tvrdí, že otázka integrace dětí s autismem je velmi složitá a rozporuplná a že autistické děti i přes svá specifika reagují na své okolí a na druhé jedince. Říká ale, že proces učení v běžné třídě, je odlišný a tempo rychlé, tím pádem pro autistické děti nesrozumitelné, díky mnohým zvláštěnostem dětí s autismem, které komplikují a brání společnému vzdělávání s vrstevníky nepostiženými. V čemž se shoduje se Švarcovou (in Vocilka) která je toho názoru, že proces vzdělávání je potřeba přizpůsobit jejich schopnostem. Proto si myslí, že je dobré, vzdělávat děti s autismem samostatně, nikoliv ve společných třídách se zdravými vrstevníky. Na druhou stranu, ale Vocilka říká: *„Je samozřejmé, že děti s autismem ke svému celkovému rozvoji potřebují i kontakt s nepostiženou populací, a to zejména proto, že je třeba jim dát kulturní formy a vzorce platné v běžné společnosti. Jakkoli postižené děti, tedy i děti s autismem, jsou-li dlouho ponechány sami mezi sebou, nezískávají představu o správném chování, neboť se s ním ve svém okolí nesetkávají. Nemohou tedy své chování podle určitého vzorce korigovat a dotvářet.“* (VOCILKA, 1996, s. 33)

Opačného názoru je ovšem profesor Theo Peeters z Antverp, odborník na autismus, který začleňování autistických dětí do běžných škol nedoporučuje. A to proto, že abstraktní pravidla, která panují v kolektivu třídy, jsou pro tyto děti nevhodná, jelikož při složitých situacích, jakými může být třeba hra, se dítě dostává do psychické krize, která může vyústit v agresivitu či autoagresivitu, což může vést k nesprávnému zklidňování dítěte léky. Proto profesor Peeters spíše doporučuje působení na dítě v dialogu. Jinak obecně názory na integraci jsou většinou kladné, ale pouze u dětí s lehčím autismem, jinak je to považováno za spíše nereálné (VOCILKA, 1996, s. 36, 37).

Čadilová říká, že část žáků s PAS zvládne školní docházku bez větších potíží, někteří dochází do škol pro děti autistické, jiné jsou integrováni do různých typů škol a někteří potřebují asistenta (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 275, 276).

2.2.1 Školy specializované pro děti s autismem

Menší děti, zvláště ty, co trpí těžším stupněm postižení, mají větší užitek ze speciálního vzdělávání. Pro starší děti je lepší, uvádí Howlinová, vzdělávání podle běžných osnov, jelikož druhý stupeň hraje důležitou roli pro další vzdělávání a potažmo pracovní uplatnění. Rutter a Bartak zdůraznili význam strukturovaného učení už před mnoha lety. Jednoznačné argumenty pro tvrzení, že nejvhodnější vzdělávání pro děti s PAS jsou specializované autitřídy stále chybí. A to proto, že jedinci postižení autismem se navzájem dost liší a škála postižení je rozdílná, proto žádný přístup a systém nemůže být univerzální. Proto Rutter správně už před mnoha lety zdůraznil, že vysoce strukturované učení je potřeba přizpůsobit každému jedinci zvlášť, jeho individuálním potřebám. Specializovanost učitelů na poruchy autistického spektra je rozhodně nesmírnou výhodou, jelikož ve specializovaných autistických třídách mohou dětem připravit program na míru. *„Jejich zkušenosti z každodenního kontaktu s postiženými jim pomáhají správně reagovat na problémy s chováním, minimalizovat rituální a nutkavé projevy, rozvíjet sociální a komunikační dovednosti, vytvářet optimální prostředí pro maximální rozvoj schopností a minimalizaci problémů.“* (HOWLIN, 2005, s. 148)

U nás vznikají speciální třídy se strukturovaným programem, a to buďto při speciálních školách nebo při základních. Jejich program je plně přizpůsoben handicapu, na principu behaviorální modifikace. První tyto třídy vznikaly během devadesátých let u speciálních škol, časem se zbudovalo několik speciálních tříd u základních škol. V současné době jich je stejně jako mateřských škol stále málo. V České republice funguje několik desítek tříd pro děti s

autismem převážně při speciálních základních školách. Výhodou je ryze individuální přístup a zkušenosti pedagogů (THOROVÁ, 2006, s. 363, 364). Dle zákona 561/2004 Sb. o základní školy praktické (dříve zvláštní školy) a základní školy speciální (dříve pomocné).

Howlinová pokládá za nespornou výhodu, že třídy mají méně žáků, čímž je zajištěna větší možnost individuálního přístupu, což jde jen těžko zajistit ve třídách nesespecializovaných. Tyto školy také spolupracují s mnoha dalšími odborníky. Nevýhodou ale je, že sociální dovednosti se vlastně jen těžko mohou někam pohnout. To ovšem neznamená, že umístěním mezi zdravé vrstevníky dojde automaticky ke zlepšení. Ale rizikem je, že mezi dětmi, které mají všechny poruchy autistického spektra, jejich schopnosti a projevy se budou lišit a tím pádem zdatnější jedinci mohou kopírovat nevhodné chování od těch méně zdatných. Což znamená, že se mohou objevit nové problémy (HOWLIN, 2005, s. 143, 145).

Jenže v České republice vlastně žádná základní škola speciální, která by byla pouze pro děti autistické, není.

Ve školách speciálních jsou vzdělávání žáci se zdravotním postižením, kteří potřebují speciální vzdělávání. Žáci s PAS zařazení do této školy mají většinou ke své diagnóze přidružen těžší stupeň mentální retardace. Tam jsou buď vzdělávány ve specializované třídě pro žáky s autismem, nebo jsou individuálně integrováni do běžné třídy školy speciální. Ve specializované třídě je počet žáků mezi čtyřmi a šesti a pracují zde zhruba tři pedagogičtí pracovníci. V těchto třídách je upraven prostor tak, aby byl co nejvíce praktický. Cílem tohoto vzdělávání, je naučit žáky co největší samostatnosti a příprava na dospělý život. Všechny prostory by měly být strukturované. V těchto školách jsou cvičné kuchyňky a dílny, pro nácvik sebeobslužných a domácích prací. Je nezbytné sestavit edukační plán, který bude odpovídat vývojové úrovni dítěte a klást reálné požadavky. Pak se učí ve stylu přiřazování obrázků, které k sobě patří, určují protiklady, sestavují puzzle, doplňují obrázky podle algoritmů. Učí se dále čtení, počítání, cvičení zrakové paměti, sluchovému vnímání, velký důraz je kladen na grafomotoriku, sebeobsluhu a jemnou motoriku. Cvičí se i hrubá motorika při tělesné výchově a v neposlední řadě probíhá nácvik sociálního chování.

Při individuální integraci je nutné vytvořit individuální vzdělávací plán (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 281- 293). Individuální integrace se realizuje na školách pro žáky s mentální retardací, s poruchami chování, s vadami sluchu a zraku, s vývojovými poruchami učení, s vadami řeči (THOROVÁ, 2006, s. 365).

O fungování ve škole mimo jiné, se stará program TEACCH, který byl vyvinut Američany jako podpůrná činnost při autismu. Kromě toho podává globální pohled na autismus, stará se o fungování v rodině a ve společnosti. Jeho cílem je optimalizovat vstup dítěte do společnosti. V České republice se soustřeďuje na výuku autistických dětí ve věku základních škol. V „autitřídách“ se aplikují principy a metody právě tohoto programu (VOCILKA, 1996, s. 13).

2.2.2 Integrace do běžných základních škol

Do základní školy běžného typu dochází zpravidla žáci s PAS bez mentálního postižení, symptomatika může být ale různá, mohou se vyskytovat i různé formy problémového chování, někdy i další přidružené poruchy a postižení. Ovšem nejčastějšími žáky s poruchou autistického spektra, se kterými se na běžných základních školách můžeme setkat, jsou žáci s vysoce funkčním autismem nebo Aspergerovým syndromem (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 326). „*Výzkum dokázal, že děti s lehčí formou autismu se mohou za určitých podmínek celkem snadno začlenit mezi vrstevníky.*“ (HOWLIN, 2005, s. 152). Výjimečně se můžeme setkat s žáky horního pásma lehké mentální retardace, ale s minimem projevů problémového chování a jen ojediněle s přidruženými poruchami nebo postiženími (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 326). Tyto děti jsou vedené jako individuálně integrovaní žáci s lehkým mentálním postižením a jsou vzdělávány podle vzdělávacího programu ZŠ praktická (dle zákona 561/2004 Sb.) Děti klidné, pasivnější a bez poruch chování zvládnou integraci i bez asistenta. Většina ale asistenta potřebuje. Jedná se o tzv. asistenta pedagoga nebo osobního asistenta- zákon 561. Thorová uvádí několik bodů, které podporují úspěšnou integraci: schopnost dítěte navázat osobní kontakt, vytvořená alespoň částečná schopnost spolupráce v předškolním věku, ve školním věku vytvořená schopnost pracovního chování, alespoň částečná adaptabilita, vyšší míra frustrační tolerance, nízká frekvence extrémních emočních reakcí, schopnost funkčně komunikovat, alespoň částečná napodobovací schopnost, problémové chování v menší míře, nepřítomnost těžké hyperaktivity, motivovanost, nasazení a dobrá spolupráce s rodinou, a intelekt nad 80 IQ (THOROVÁ, 2006, s. 366).

U Howlinové se můžeme dočíst, že je plno důkazů, jaký pozitivní vliv mají zdraví vrstevníci na děti s autismem. A to zejména v herních dovednostech a sociálních vztazích (HOWLIN, 1997, 2005, s. 152).

Při vřazování do běžného typu školy, je potřeba vzít v úvahu všechny aspekty spolupodílející se na zařazení, tak aby bylo úspěšné. I u těchto, řekněme zdatnějších žáků, je potřeba plno podpůrných opatření, říká Čadilová. Jako jsou speciální formy, metody a postupy při vzdělávání, speciální pomůcky a tak dále. Dalším hodně důležitým aspektem je pochopitelně připravenost pedagoga. Jelikož chování studenta je jiné, nemusí odpovídat normám společenského chování, které jsou obvyklé, řešení jednoduchých sociálních situací mu dělá problém, ač intelektem může v některých oblastech své spolužáky převyšovat. „*Ani spolužáci často nevědí, jak reagovat na netypické projevy studenta s AS. Oporu a radu mají nalézt u učitelů, kteří by měli být vzorem tolerance a vedení studenta v sociálních situacích.*“ (VOSMIK, BĚLOHLÁVKOVÁ, 2010, s. 29) v tomto případě se jedná o jedince s Aspergerovým syndromem. Aby byl vztah mezi žákem a pedagogem úspěšný, je potřeba vnímat jeho odlišnost a pochopit příčiny zvláštností v jeho chování. Pedagog by ho měl respektovat, při tom ale k němu přistupovat, jako k ostatním a jeho případné nevhodné chování neomlouvat.

Jsou dvě možnosti vzdělávání žáků s autismem na základní škole. A to opět buď ve specializované třídě, nebo individuální integrací do běžných tříd. Čadilová říká, že větší zájem je o integraci dětí do běžného kolektivu vrstevníků. Čemuž se já osobně nedivím, jelikož pokud je to alespoň trochu možné, po důkladném zvážení pochopitelně a dojít k závěru, že by tím neměl být nikdo ohrožen, přijde mi rozhodně prospěšné, když jedinec s PAS je v kontaktu se zdravými vrstevníky a pro spolužáky zas, že vidí, že nejsou všichni lidé stejní. Což Čadilová potvrzuje. „*Tento požadavek je v řadě případů oprávněný a integrování žáci s PAS do běžného kolektivu mají z této integrace významný prospěch.*“ (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 327)

Ovšem u některých žáků se závažnější symptomatikou, se může situace ve třídě stát neúnosnou pro obě strany a pak je zařazení do speciální třídy jednoznačně dobrým východiskem (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 327). Myslím si, že v téhle situaci rozhodně není dobré „lámat přes koleno“, a obě strany tlačit do něčeho, z čeho by mohly vyvřít hlubší následky.

Hodně důležité je, předejít šikaně a to informovaností rodičů spolužáků. Šikana a popichování jedinců s PAS je bohužel poměrně častý jev. Spolužáci využívají naivitu jedinců s autismem a toho, že se snadno „nachytají“ na zcela absurdní historky. Thorová tvrdí, že je to nevědomostí a malou informovaností dětí, které se sami vyvíjí a akceptaci slabších jedinců se

teprve učí. Z toho důvodu by se neměly trestat. (THOROVÁ, 2006, s. 366). Podle mě jsou ale i tací, kteří tak činí i navzdory informovanosti, bohužel. Rozhodně by ale pedagog měl se spolužáky ve třídě promluvit a vysvětlit, že jejich spolužák má problém a v čem, a jak by mu měli pomáhat.

Co se týče prostředí, doporučuje Čadilová, vyhradit žákovi s PAS „své“ místo, které je dobré neměnit. Ve větší či menší míře je potřeba struktura prostoru. Je dobré mít k dispozici samostatnou místnost, kam může žák s pedagogickým pracovníkem v případě záchvatu vzteku nebo při nechuti k pokračování v práci odejít (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 328). Stačí třeba tělocvična, kde se mohou jedinci s autismem odreagovat i nějakou činností, třeba driblováním, nebo skákáním na trampolíně (VOSMIK, BĚLOHLÁVKOVÁ, 2010, s. 66). Jedinci s PAS potřebují mít jasně danou strukturu dne a činností, jinak bývají dezorientováni, dostávají se do stresu, někteří upadají do stereotypních činností (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 328). Tím, že se naučí pracovat s denním rozvrhem, se pro ně stane prostředí stabilnějším a tím pádem předvídatelnější. Což jim dost usnadní život (VOSMIK, BĚLOHLÁVKOVÁ, 2010, s. 47).

Učivo je potřeba vykládat pomocí stručnějších vět a na konkrétních případech zdůrazňovat co je podstatné. Dávat do souvislostí nově získané vědomosti a poznatky, s již získanými poznatky. Rozhodně je potřeba nezadávat velké množství úkolů, ale pouze takové, aby je byl žák s PAS schopen splnit. Pokyny by měly být krátké, přesné, jasné a konkrétní. Čadilová s Žampachovou říkají, že žákům s PAS s dobrou sluchovou pamětí, by se mělo dovolit nahrávat výklad na diktafon.

Čadilová s Žampachovou ve své publikaci uvádí, že k integraci jedince s PAS do běžné třídy dochází, pokud se v dosahu bydliště nevyskytuje specializovaná třída pro děti s autismem, dále pak pokud je jedinec s PAS komunikačně, sociálně a kognitivně zdatný natolik, aby se dala předpokládat jeho dobrá prosperita. Rovněž může být žák s PAS integrován do základní školy zřízené pro žáky s jiným zdravotním postižením (např. zrakovým, sluchovým, pro žáky s poruchami chování).

Co se týče individuálního vzdělávacího plánu (IVP), bývá stanoven většinou na půl roku nebo na rok (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 330- 333). *„IVP musí být vypracován na základě výsledků psychologického vyšetření. Studenti s AS mají nevyrovnaný vývojový profil schopností, učitel proto musí znát jednotlivé oblasti vývoje, aby nedocházelo k*

přeceňování nebo podceňování schopností studenta.“ (VOSMIK, BĚLOHLÁVKOVÁ, 2010, s. 75)

2.2.3 Základní škola praktická

Tam jsou vzdělávání žáci se zdravotním postižením, u kterých byly zjištěny na základě speciálněpedagogického nebo psychologického vyšetření, speciální vzdělávací potřeby, tím pádem jsou zařazeni do režimu speciálního vzdělávání. I tady jsou možnosti vzdělávání jedinců s PAS buďto ve specializované třídě pro žáky s PAS, nebo individuální integrací do běžné třídy základní školy praktické (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 294).

Pro shrnutí by tedy měly být tyto možnosti pro jedince s PAS na vzdělávání, a to buď v běžné třídě, ve třídě speciální, v „autitřídě“ při školách pro postižené děti, a ve speciální škole pro děti s autismem (VOCILKA, 1996, s. 39), které se u nás, jak už bylo zmíněno, vlastně vůbec nevyskytují.

Já osobně mám zkušenost s integrací autistů do školy s poruchami učení, kde jsem absolvovala svou praxi. Ve škole Integrál, na Praze 2. Děti, které tam docházejí, mají převážně dyslexii, dyskalkulii, dysgrafii, dysortografii, ale i dysfázii například. V každé třídě se vyskytují zhruba jeden nebo dva jedinci s PAS a to převážně s Aspergerovým syndromem.

Vocilka ve své publikaci uvádí seznam škol, kam se v České republice dají umístit jedinci s PAS. Uvedla bych pro příklad pár těchto škol, které jsou v Praze. Pomocná škola se Speciálně pedagogickým centrem (SPC), na Praze 10, kde jsou dvě autistické třídy. Pomocná škola se SPC, na Praze 6, kde je jedna autistická třída. Domov sv. Rodiny, na Praze 6. Dětské centrum Paprsek, na Praze 9. Základní škola při zdravotnickém zařízení, na Praze 8 (VOCILKA, 1996, s. 48).

Dle školského zákona 561/2004 Sb. jsou školy praktické nyní nazvané jako zvláštní, a školy pomocné jako speciální.

2.3 Středoškolské vzdělávání

Základem pro úspěšné absolvování středního vzdělávání pro jedince s PAS je dobrý výběr střední školy. Která musí odpovídat jeho schopnostem, možnostem, a měla by být reálně

zvolena s ohledem na budoucí uplatnění, či další studia (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 353). Prakticky navštěvují všechny typy škol, od učebních oborů po gymnázia (THOROVÁ, 2006, s. 366). Většina žáků s PAS ale střední školu nikdy absolvovat nebude a po splnění povinné školní docházky přechází do chráněných dílen či stacionářů.

S výběrem vhodné střední školy může pomoci výchovný poradce ze školy, kam dítě dochází, školské poradenské zařízení a sám žák by měl specifikovat svou představu o další docházce. Pokud jde o integraci s asistentem, doporučuje se, aby asistent byl přítomen při přijímacím řízení, z důvodu organizační pomoci, popřípadě motivuje k úspěšnému plnění úkolu.

Specializované třídy pro žáky s autismem na středních školách neexistují. Jedinou možností je tedy integrace. Zkušenosti zatím nejsou velké, jelikož zatím je jen málo jedinců v České republice, kteří jsou diagnostikováni jako autisté, navštěvujících střední školy. Počet takových jedinců se pohybuje spíše v desítkách nežli stovkách, uvádí Čadilová s Žampachovou. Jedinci s PAS, kteří přechází na střední školu, by měly být komunikačně a sociálně zdatní natolik, aby byli schopni respektovat kladené požadavky, chovali se a projevovali sociálně přiměřeně a respektovali autority.

Bohužel pro nezralost sociálního chování, vzniká mezi vrstevníky často propast a dochází ke konfliktům. U jedinců s Aspergerovým syndromem a vysoce funkčním autismem, kteří si problémy uvědomují, mohou vést k úzkostným a depresivním stavům. V takových situacích může vést ke vzniku šikany. U těch jedinců s PAS, u kterých se tento problém prohloubí, může dojít k tomu, že začnou odmítat do školy chodit a nedokončí ji. Rozhodně základem k úspěšnému absolvování střední školy jedince s PAS, je informovanost pedagogů o diagnóze PAS (ČADILOVÁ, ŽAMPACHOVÁ, 2008, s. 353- 360).

3. PŘÍPADOVÉ STUDIE

3.1 Jakub- 9 let

Rodinná anamnéza: matka i otec jsou zdraví, oba jsou vysokoškoláci, oba mají technické vzdělání. Jakub se rodičům narodil po čtyřicítce. Jakub má starší sestru, které je teď dvacet let a je také zdravá. Matka v těhotenství prošla genetickými testy, kde nebyl žádný problém zaznamenán. Porod trval dlouho a byl komplikovaný. Jakub měl omotanou pupeční šňůru kolem krku, takže došlo k asfyxii vlivem přidušení. Rodina se pohybuje z ekonomického hlediska ve střední vrstvě. Bydlí v panelovém domě. Matka vedla od narození Jakuba velmi podrobné portfolio, kam zaznamenávala prakticky všechno, co se týkalo Jakuba vývoje.

Osobní anamnéza: v raném dětství byl Jakubův vývoj v normě, bez větších zvláštností. Jakub jen přeskočil fázi lezení, tudíž začal rovnou chodit. Byl ale dítě živé a temperamentní. Matka ho líčí jako zvědavého. Mluvil brzy, ale „svojí“ řečí. Slova si vymýšlel. Zájem jevil o dinosaury, u kterých uměl už ve třech letech i latinské názvy. Dále ho bavily hry technického zaměření, stavebnice, skládačky, z kterých si vytvářel vlastní „světy“, s kterými si vydržel hrát i celé hodiny. O hru s ostatními dětmi zájem neprojevoval, kontakty nenavazoval, upřednostňoval hru o samotě. To bylo matkou přičítáno tomu, že trávil hodně času pouze s dospělými.

Problémy se objevily při nástupu do mateřské školy, ve třech letech. Jakub se těžko adaptoval. Ostatní děti napadal, kopal do nich a mlátil je. Rodině bylo doporučeno navštívení pedagogicko psychologické poradny (PPP), kde mu bylo diagnostikováno ADHD (syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou), a matce doporučeno aby do MŠ nechodil. Doma byl Kuba opět bez problémů. Poslední rok před nástupem do školy chodil na předškolní nácvik do poradny, kde prospíval v pořádku a dokonce ho práce bavila, měl pouze potíže s grafomotorikou. Opět ale vznikaly problémy, pokud se ocitl ve větším počtu dětí.

Po nástupu do školy nastaly opět potíže. Upoutával na sebe pozornost bitím a kopáním spolužáků. Hned v říjnu mu za toto chování byla přidělena důtka třídního učitele. Trpěl častými afektivními záchvaty. Při záchvatech pro něj matka přijela a odvezla si ho domu. Rodiče s Jakubem opět navštívili PPP, kde mu opět diagnostikovali ADHD, ale na neurologickém vyšetření se toto nepotvrdilo. Matce bylo sděleno, že by měla zpřísnit výchovu. Jakubovi byla už před Vánoci navržena dvojka z chování.

Matka vyhledala jiného psychologa, který diagnostikoval nadprůměrné intelektové schopnosti ve verbální i neverbální oblasti, velmi dobrou krátkodobou paměť (což hyperaktivní děti většinou nemívají), snížený výkon v oblasti sociální orientovanosti, kolísání v pozornosti a impulzivitu. Jakub ale neměl žádný problém v percepční oblasti. Odmítal ale kreslit postavy, místo toho kreslil ale plánky továren, mapy souhvězdí i s latinskými názvy, automobily. Jeho zájmem v té době byly dopravní prostředky, dinosauři a válčnictví. V individuálním kontaktu s dospělým Jakub spolupracoval bez problémů, ale byl rychle unavitelný, jeho pozornost ulpívala na jednom podnětu, od kterého se špatně odpoutával. Jakub vždy bezpodmínečně trvá na dokončení započaté činnosti, vadí mu i přerušení činnosti. Oční kontakt neudrží dlouho, dívá se spíše dozadu, za člověka, než do očí. Podle matky touží mít kamaráda, ale neumí navazovat přátelství. Snese kolem sebe maximálně deset dětí.

Kuba je negativistický, téměř se nesměje, fyzický kontakt vyhledává pouze s matkou, na kterou je poměrně silně fixován. Matčino trápení s jeho chováním vnímal, a vyjadřoval se k němu tak, že se raději zabije, než aby jí takto ubližoval. Závěrem dalšího vyšetření byla kombinace ADHD a PAS a doporučení speciálního vyšetření. V SPC se PAS nepotvrdily. Když pak ale rodiče s Jakubem navštívili organizaci APLA, okamžitě mu byl diagnostikován Aspergerův syndrom.

Ve škole byl Jakubovi přidělen asistent, kterým byla starší paní, která PAS neznala, tudíž vedení nebylo zcela adekvátní. V hodinách se mu snažila pomáhat, ale o přestávkách se mu nevěnovala a nekorigovala jeho chování. Až Jakub vážně zranil spolužáka. Rodině bylo pak doporučeno, aby našli speciální školu, pro děti s PAS, která ale neexistuje. Rodiče kontaktovali školu se speciálními poruchami učení (SPU), která děti s PAS přijímá, pokud mají poruchu učení, tu ale Jakub nemá, takže přijat nebyl. Tak první třídu dokončil formou domácího vyučování a do školy chodil pouze na zkoušky. Matka měla snahu u Jakuba rozvíjet zájmovou činnost, kde byl opět problém se skupinou, ale individuálně pracoval bez problémů. Do druhé třídy nastoupil na ZŠ Poláčkovou, kde je třída pro děti s ADHD, ve které je jen devět dětí, což Jakubovi zpočátku vyhovovalo, ale časem se opět objevily problémy. Opět bylo doporučeno zvolit jinou školu. V současné době je v ZŠ Tolerance, na Praze 9, která pracuje se všemi typy postižení, ale je tam vysoké procento dětí s mentální retardací. Tam se Kubovi daří a s asistentem prospívá, ale je málo stimulován, jelikož většina dětí má závažnější postižení.

Prognóza: je nejasná, matka se obává stagnace Jakubova vývoje. Pokud se ale naučí zvládat kolektiv během prvního stupně ZŠ, byla by možnost po páté třídě přechodu na víceleté gymnázium.

Současný stav je takový, že Jakub stále dochází na terapii do APLY. Přijímání diagnózy rodinou nebylo snadné, a to hlavně kvůli nejasnostem a „zmatkům“, které byly ohledně jejího stanovení. Což rodinu dost vyčerpalo.

3.2 Jan- 13 let

Rodinná anamnéza: maminka je vysokoškolačka, nyní v domácnosti, tatínek má pouze základní vzdělání a pracuje jako podnikatel. Když se Jan narodil, bylo mamince pětatřicet a otci něco přes padesát. Na testech nebyl žádný problém zaznamenán. Rodina se pohybuje, co se týče ekonomické situace, ve střední vrstvě. Jan má mladšího bratra, se kterým vychází bez větších obtíží.

Osobní anamnéza: narodil se zdravý, i další vývoj probíhal v normě, akorát byl hodně pomalý. Už v MŠ problémy v sociální oblasti, neměl ale odklad, nastoupil na ZŠ na Praze 2, kde se opět objevily velké problémy v sociální oblasti a emoční labilita. Rodina navštívila pedagogicko psychologickou poradnu, kde bylo Janovi diagnostikováno ADHD, SPU-dyslexie, dysgrafie, dysortografie a mírně nadprůměrný intelekt. Na PAS diagnostikován nebyl, ale rozhodně má Aspergerův syndrom.

Jan má opožděnou grafomotoriku, je rychle unavitelný, vrstevníkům se špatně přizpůsobuje a je výrazně sociálně nezralý. To bylo důvodem k tomu, že byl v první třídě vzděláván formou domácího vzdělávání. Během druhé třídy do školy docházel pouze na pár hodin. Do třetí třídy nastoupil do Integrálu. Ve třídě nemá žádné úzké stabilnější přátelské vazby, ale není v kolektivu izolován. Jeho mluva je velmi spisovná a učená. Jeho tempo je ale hodně pomalé. Doma si rodina o všem dost povídá, Jan je hodně „operován“, díky čemuž je hodně dětský.

Netrpí žádnými afektivními výbuchy vzteku. Je pouze trochu úzkostný, když neví přesný plán, kdy, co a jak bude následovat. Neustále se chodí vyptávat. Jinak je hodně zvědavý, dost řeší vztahy a názory, když někdo něco o někom řekne, tak chce vědět, proč a jak to dotýčný

myslel. Zájmy jsou jakoby technické, ale nemá žádné úplně speciální zaměření. Rád čte a dozvídá se nové věci, ať už jde o cokoli. Žádná větší specifikace. Je hodně hloubavý, působí plaše. Má tendence se zastávat, když má pocit, že je někomu křivdění. Je velmi chápavý a hodný. Má malinko tendence se nadhodnocovat. Bylo zvažováno víceleté gymnázium, v případě že by se pro něj takové našlo, ale nakonec zůstal v Integrálu. Mezi jeho oblíbenosti patří žvýkání papíru a šťourání v nose.

Prognóza: je dobrá. Jan je celkem bezproblémový, akorát je potřeba počítat s tím, že potřebuje opravdu hodně času na jakoukoli činnost. Jinak je intelektuálně schopný zvládnout střední školu či gymnázium.

3.3 Jiří- 15 let

Rodinná anamnéza: otec vysokoškolák, inženýr, pracuje v Dopravních podnicích, matka středoškolačka, pracuje v administrativě. Jiřího si adoptovali. A to když jim bylo okolo čtyřiceti. Z ekonomického hlediska se rodina pohybuje ve střední vrstvě.

Osobní anamnéza: Po porodu utrpěl úraz hlavy, z nemocnice si ho rodiče už nevyzvedli. Strávil sedm měsíců v kojeneckém ústavu. Jiřího vývoj byl nerovnoměrný a opožděný. Ale je hodně živý. Chodil do speciální MŠ, kde s dětmi problém neměl, ale rozhodně je nevyhledával. Zabavoval se sám. Rád ale bývá středem pozornosti. Jiří má vadu řeči, která je hodně markantní, mluva je navíc nepřiléhavá, odpovědi bývají dost „mimo“. Jiřímu bylo diagnostikováno SPU- dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyslalie. Působí jako mentálně postižený. Do školy nastoupil s ročním odkladem. Trpívá afektivními záchvaty, když není po jeho. Pak začne řvát. Po návštěvě v PPP diagnostikováno ADHD. Navštěvoval i psychiatra. Problémy s dětmi ale žádné nemá. Kamarády by Jiří chtěl, ale neví jak na to. Má radost, když se mu děti smějí, chce se s nimi bavit, což ho vede k tomu, že sebe dělávat šaška, jelikož nerozlišuje mezi tím, být vtipný a směšný. To je potřeba mu neustále vysvětlovat. Rád obchází lidi a pokládá jim nesmyslné otázky. Rodina s ním ale hodně pracuje. Jiří má špatnou motoriku. Jeho sociální komunikace je velmi špatná. Intelekt je průměrný. V druhé třídě mu byl v SPC diagnostikován atypický autismus. Do Integrálu přišel ve druhé třídě ze ZŠ Poláčková. Jeho zájmy jsou dopravní prostředky. Má dny, kdy jen tak jezdívá autobusem. Ve

škole prospívá, má už i kamarády. Akorát nedávno, což je v osmé třídě, zjistil, že je gay. Což byl pro rodiče trochu šok.

Prognóza: docela dobrá, akorát ohledně střední školy trochu obavy, zda bude vše zvládat. Smiřování se rodiny s diagnózou trochu narušovalo psychické zdraví matky.

3.4 Štěpán- 13 let

Rodinná anamnéza: otec vysokoškolák, matka středoškolačka (trochu naivní), dlouho nemohli mít děti, Štěpán se narodil, když bylo matce asi pětatřicet. Těhotenství proběhlo v pořádku a bez komplikací, ale porod byl náročný a komplikovaný, matka i Štěpán byli ohroženi na životě. Matka trpěla těžkou poporodní psychózou, která trvala dost dlouho. Matka Štěpána nikdy pořádně nepřijala, nenavázala s ním vztah a je k němu emočně chladná. Otec je zřejmě také autistický. Takže jsou poměrně chladní oba. Když byli Štěpánovi čtyři roky, narodil se další sourozenec. Toho Štěpán velmi špatně snášel, napadal ho, mlátil, škrtil a podobně. Museli být odděleně. Z ekonomického hlediska se rodina pohybuje se mezi vyšší vrstvou.

Osobní anamnéza: Štěpán chodil do speciální MŠ pro děti s různými typy postižení, kde bylo ve třídě pouze pět dětí a asistent. Štěpán je motoricky neobratný, často docházelo k úrazům. Dále má špatnou grafomotoriku a od malička má problémy s osobní hygienou. Neustále je upatlaný a olepený. Ale intelektově je v nadprůměru. Mezi Štěpánovy zájmy patří dinosauři, dopravní prostředky, už v předškolním věku znal trasy všech tramvají a jejich případné výluky. Oční kontakt nenavazuje, fyzický kontakt nesnese vůbec. Štěpánova mluva je stereotypní a spisovná, ale bez výrazu. Pro základní vzdělávání byl rodině doporučen Integrál. V první třídě jevil velký zájem o plazy. Z toho důvodu mu bylo přezdíváno „varan“, jelikož se plazil a kousal ostatní do kotníků. Později si vystačil s plyšovým brontosauřem. Děti ale napadal, kopal a plival na ně. Rodiče mu plyšáka odebrali a na jejich nátlak, se dokonce přestal zajímat o tramvaje. Jasně popírání autistických rysů.

Rodině bylo doporučeno vyšetření na PAS, návštěva psychiatra a rodinná terapie. Vyšetření na PAS ale odmítli. Pak rodina zvolila alternativní terapie a rodinné konstelace. Štěpán přestal brát medikace na zklidnění a nenavštěvovali ani psychologa. Matka negovala veškerá doporučení. Poté si rodina zaplatila vlastního asistenta, jelikož jim bylo dáno jasné ultimátum,

že ve škole může zůstat pouze za předpokladu, že bude chodit na terapii, pak že schválí asistenta na druhém stupni. Rodiče ale chtěli, aby šel Štěpán na gymnázium. Tak vystřídal několik soukromých gymnázií. Nikde nevydržel déle než měsíc. Pak musel do spádové školy, jelikož už nebylo kam jina ho umístit. A to za podmínek stanovení diagnózy, docházení na terapii a docházení na psychiatrii. Štěpánovi byl diagnostikován Aspergerův syndrom.

V současné době je medikován, má vlastního asistenta a rodina dochází na rodinnou terapii.

Prognóza: měl by absolvovat druhý stupeň, poté snad střední školy, pokud to bude možné a Štěpán bude schopen fungovat v kolektivu. Dlouhé nepřipouštění diagnózy se na Štěpánovi rozhodně podepsalo. A to tak, že kdyby se s ním už dávno pracovalo, tak jak je pro tuto diagnózu žádoucí, jeho chování by bylo rozhodně umírněnější.

ZÁVĚR

Po analýze odborné literatury o dané problematice, tedy teorii tohoto tématu jsem ráda, že jsem mohla nahlédnout na to, jak to chodí v praxi v prostředí touto tematikou se zabývajícím. Jsem ráda, že mohu porovnat s tím, co je uvedeno v knihách a jak to chodí ve skutečnosti.

Přijde mi například pozoruhodné, že vlastně neexistují pro tyto jedince žádné speciální školy, zaměřené vyloženě na problematiku PAS. Že jedince trpící tímto postižením čeká ohledně hledání správné instituce, pro splnění povinné školní docházky mnohdy velmi složitá cesta, než se vůbec podaří někam je umístit. Což může působit poměrně velkou zátěž pro celou rodinu. Pak je tu úskalí, že jedinci, kteří by byli třeba i nadprůměrně inteligentní, skončí ve školách pro různé typy postižení, kde nejsou stimulováni, a může docházet k stagnaci. Ale v normální škole neobstojí pro jejich problém ohledně sociální interakce. A to proto, že jsou třeba zvoleny špatné přístupy a metody. Které je rozhodně nutné stanovit správně, aby se od co nejranějšího dětství s jedincem pracovalo. Jelikož pro jejich nerovnoměrný vývoj, je to rozhodně „běh na dlouhou trať“. To vše závisí na správné diagnostice.

Školy pro poruchy učení by se zdály jako poměrně vhodné, ale je jich zase velký nedostatek. Proto jsou rodiče s těmito dětmi postaveni často před nelehkou situací, kdy jsou nuceni si klást otázku „kam s ním?“ K integraci do běžných škol bych se přikláněla u jedinců opravdu schopných a zdatných sociální interakci a komunikaci. U zbylých jedinců bych preferovala specializované školy, kde by pedagogové byli důkladně proškoleni v této problematice.

Další věcí, kterou jsem vypožorovala, bylo, že rodina se diagnóze PAS mnohdy brání. A nedbá veškerých doporučení, tím celý proces prodlužuje a komplikuje. Což mě zaráží. Je také zajímavé, že u několika rodičů, těchto dětí je možno vypožorovat, tedy u jednoho z nich a to většinou u otce, lehký náznak autismu, nebo řekněme autistických rysů.

Rozhodně mne tato problematika nepřestala zajímat, naopak jsem zjistila, že bych se jí poměrně ráda věnovala i do budoucna. Tyto lidi pozorovat a bádát nad tím, co se jim vlastně odehrává v hlavě, mi přijde nesmírně zajímavé.

SEZNAM LITERATURY

- ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*. 1. vydání, Praha: Portál 2005, str. 208, ISBN 80-7178-979-8
- ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., a kol. *Agrese lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vydání, Praha: Portál 2007, str. 248, ISBN 978-80-7367-319-2
- ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení*. 1. vydání, Praha: Portál 2008, str. 408, ISBN 978-80-7367-475-5.
- DE CLERQ, H. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?* 1. vydání, Praha: Portál 2006, str. 104, ISBN 978-80-7367-235-5
- HOWLIN, P. *Autismus u dospívajících a dospělých*. 1. vydání, Praha: Portál 2005, str. 296, ISBN 80-7367-041-0
- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. 1. vydání, Praha: Portál 2004, str. 208, ISBN 80-7178-813-9
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ-10. Revize, 2. Aktualizované vydání, 2012 ISBN 978-80-904259-0-3
- MOOR, J. *Hry a zábavné činnosti pro děti s autismem*. 1. vydání, Praha: Portál 2010, str. 208, ISBN 978-80-7367-787-9
- STRAUSSOVÁ, R., KNOTKOVÁ, M. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra*. 1. vydání, Praha: Portál 2011, str. 136, ISBN 978-80-262-0002-4
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. 1. vydání, Praha: Portál 2006, str. 456, ISBN 80-7367-091-7
- VERMEULEN, P. *Autistické myšlení*. 1. vydání, Havlíčkův Brod: Grada 2006, str. 132, ISBN 978-80-247-1600
- VOCILKA, M. *Autismus*. Praha 1996, str. 115, ISBN 80-602134-3-X
- VOSMIK, M., BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. 1. vydání, Praha: Portál 2010, str. 200, ISBN 978-80-7367-687-2

ZÁKON 561/2004 Sb.